

# e a **PSICOLOGIA** entrou no **HOSPI+AL**



[ 18895014 ]

gerami — Camon (organizador)  
rides Carvalho Chiattonne  
Werner Sebastiani  
cia Hares Fongaro  
Tavares dos Santos





## E a Psicologia entrou no hospital

**Valdemar Augusto Angerami – Camon (org.)**  
**Heloísa Benevides Carvalho Chiattonne**  
**Ricardo Werner Sebastiani**  
**Maria Lúcia Hares Fongaro**  
**Cláudia Tavares dos Santos**

Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica: LUMMI  
Produção Visual

Revisão: Janice Yunes

Capa: Absoluta Publicidade e Design

© 1996 Cengage Learning Edições Ltda.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, sejam quais forem os meios empregados, sem a permissão, por escrito, da Editora.  
Aos infratores aplicam-se as sanções previstas nos artigos 102, 104, 106 e 107 da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.

Para informações sobre nossos produtos, entre em contato pelo telefone **0800 11 19 39**

Para permissão de uso de material desta obra, envie seu pedido para **[direitosautorais@cengage.com](mailto:direitosautorais@cengage.com)**

© 1996 Cengage Learning. Todos os direitos reservados.

ISBN-10: 85-221-0037-3

### **Cengage Learning**

Condomínio E-Business Park  
Rua Werner Siemens, 111 – Prédio 20 – Espaço 04  
Lapa de Baixo – CEP 05069-900 – São Paulo – SP  
Tel.: (11) 3665-9900 – Fax: (11) 3665-9901  
SAC: 0800 11 19 39

Para suas soluções de curso e aprendizado, visite  
**[www.cengage.com.br](http://www.cengage.com.br)**

Impresso no Brasil.

Printed in Brazil.

1 2 3 4 5 00 99 98 97 96

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

E a psicologia entrou no hospital -- Valdemar Augusto Angerami-Camon (org.); Heloísa Benevides de Carvalho Chiattonne... [et al.]. -- São Paulo: Cengage Learning - 2011.

Outros autores: Ricardo Werner Sebastiani, Maria Lúcia Hares Fongaro, Cláudia Tavares dos Santos.

5. reimpr. da 1. ed. de 1996.

ISBN 85-221-0037-3

1. Doentes - Cuidados 2. Doentes, Psicologia 3. Pacientes hospitalizados - Psicologia 4. Pessoal médico e paciente I. Angerami-Camon, Valdemar Augusto, 1950-II. Chiattonne, Heloísa Benevides de Carvalho. III. Sebastiani, Ricardo Werner. IV. Fongaro, Maria Lúcia Hares. V. Santos, Cláudia Tavares dos.



# SUMÁRIO

## **Apresentação**

**XIII**

### **1 Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral**

**05**

*Maria Lúcia Hares Fongaro e Ricardo Werner Sebastiani*

### **2 A Criança e a Morte**

**69**

*Heloísa Benevides Carvalho Chiattonne*

### **3 Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica**

**147**

*Cláudia Tavares dos Santos e Ricardo Werner Sebastiani*

### **4 O Imaginário e o Adoecer. Um Esboço de Pequenas Grandes Dúvidas**

**181**

*Valdemar Augusto Angerami – Camon*

Uma pena branca sendo levada pelo vento  
no azul do céu e que se mistura ao  
branco das nuvens e desaparece...  
da excitação que leva ao deleite  
e a névoa que se dissipa diante da realidade...  
do amargor da decepção, da alegria do encontro...  
da esperança da felicidade, da crença no amor...

Da jabuticaba preta que se adocica na boca  
e da indigesta dieta hospitalar...  
da vida que vadeia pelas ruas e alamedas  
e que estreita na doença e na dor...  
da ilusão de que Deus existe e resgatará  
o paciente moribundo para o triunfo final...  
da incredulidade de que a morte termina  
quando surge a vida do amanhã...

De que o sonho é idealização de uma  
nova esperança na própria realidade...  
na certeza da dúvida, da crença de que  
é possível haver uma sociedade justa e fraterna...  
E humana... como humanos são nossos sonhos  
e esperanças... nossos deuses... nossos mitos  
e nossas ilusões...

Um dia propagamos sonhos e ideais...  
noutro amanhã arrancamos a flecha que  
fere o peito na desilusão e no amargor...  
um dia conversamos com os anjos e  
acreditamos em suas mensagens...  
noutro instante constatamos a farsa  
do efeito dos antibióticos sobre o nosso organismo...  
Vivemos em paz com a nossa esperança...  
nossa consciência... nossa luta...

Somos o nada... e acreditamos em tudo...  
desde as coisas mais simples e singelas  
até as mais absurdas e dantescas...



## ROTEIRO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA APLICADA AO HOSPITAL GERAL

Maria Lúcia Hares Fongaro  
Ricardo Werner Sebastiani

O presente capítulo foi elaborado em função de dois aspectos. O primeiro pautado no nome do presente livro "E a Psicologia Entrou no Hospital...", onde é proposto para os colegas que atuam em hospitais gerais um roteiro de exame e avaliação psicológica do paciente internado que seja mais adequado à realidade da Psicologia Hospitalar e que possa facilitar o dia-a-dia corrido das enfermarias. O segundo aspecto vem de solicitações de inúmeros colegas que ministram cursos ou supervisionam estágios na área de Psicologia Hospitalar. Após contato com o material apresentado adiante, eles pediram que fossem transformados os módulos ministrados em cursos de especialização sobre o tema em uma publicação. Assim iniciou-se o trabalho procurando abordar o primeiro de uma série de roteiros de avaliação.

O material apresentado é fruto do trabalho de inúmeros psicólogos hospitalares, que, a partir de um primeiro roteiro proposto, vêm ao longo de dez anos auxiliando no aprimoramento deste, contribuindo com sugestões, experimentando o roteiro na rotina diária do Hospital e contribuindo, assim, para que nosso instrumental de trabalho seja cada vez mais adequado e específico para a realidade da Psicologia Hospitalar.

Antes de se dar início à apresentação do material, é importante salientar que a Psicologia Hospitalar ainda é uma especialidade em fase de estruturação e que toda e qualquer contribuição de colegas em relação ao roteiro apresentado é bem-vinda. Isto porque acredita-se que só a experiência pensada, sistematizada e



aplicada é que poderá aprimorar o trabalho e abrir cada vez mais as portas das instituições hospitalares para a contribuição importante que o psicólogo tem a dar; a isso somam-se o seu pensar e fazer ao dos demais colegas da área da saúde.

Aqueles que desejarem manifestar suas opiniões e sugestões pedimos que remetam-nas aos nossos Editores.

Durante muito tempo, a Psicologia Hospitalar utilizou-se, e ainda se utiliza, de recursos técnicos e metodológicos "emprestados" das mais diversas áreas do saber psicológico. Esse fato, de certa forma, a enquadra numa prática que não pertence só ao ramo da clínica, mas também da organizacional, social e educacional; enfim, uma prática que, não obstante a seu viés aparentemente clínico - dada a sua realidade acontecer nos hospitais -, tem-se mostrado voltada a questões ligadas à qualidade e dignidade de vida, onde o *momentum* em que tais temas são abordados é o de doença e/ou internação hospitalar.

No entanto, isto não deve nos distanciar da preocupação de serem desenvolvidos materiais que possam adequar mais e melhor o presente trabalho à dinâmica da instituição hospitalar; e é nesse sentido que foi feito um roteiro de avaliação psicológica que pudesse trazer dados do paciente de forma objetiva ao psicólogo e à equipe de saúde.

As principais funções do Roteiro de Avaliação Psicológica são as seguintes:

#### 1 Função Diagnóstica

Possibilita o levantamento de Hipótese Diagnóstica e Definição de Diagnóstico Diferencial, quando necessário, auxiliando a determinação das causas e a dinâmica das alterações e/ou distúrbios da estrutura psicológica do paciente avaliado, facilitando inclusive a detecção de quadros reativos ou patológicos que, como se sabe, dependendo de sua gênese, vão determinar condutas totalmente diferentes por parte da equipe.

#### 2 Função de Orientador de Foco

Favorece a eleição do(s) foco(s) a ser(em) trabalhado(s) junto ao paciente. Sobre esse aspecto, é fundamental salientar que nosso trabalho junto à pessoa hospitalizada deve considerar que o momento vivido por ela quase sempre é permeado por uma situação de crise, o que nos obriga, dado que o período de internação via de regra é curto, a utilizar uma abordagem breve<sup>(1)</sup> com prioridade para os focos mais importantes do momento histórico da pessoa.

#### 3 Fornecimento de dados sobre a estrutura psicodinâmica da personalidade da pessoa

Considerando sobretudo as perspectivas prognósticas da relação do indivíduo com seu processo de adoecer e de tratamento (tendências biófilas ou necrófilas, que serão abordadas mais adiante).

#### 4 Instrumento de avaliação continuada do processo evolutivo da relação do paciente com sua doença e tratamento

Levando-se em conta que ao longo da experiência de internação a pessoa pode passar por momentos absolutamente distintos que influenciam e mudam seu estado emocional e a própria relação criada pela pessoa com todo o processo a que está submetida. Tanto para melhor quanto para pior, o que impõe ao psicólogo a necessidade de observações evolutivas, tendo em vista, por exemplo, mudanças de foco, intercorrências internas e externas que levem a pessoa a resignificar sua doença, etc., além, é claro, de processos intrínsecos ao próprio tratamento como: pré, peri e pós-operatório.

#### 5 História da pessoa

Dentro de uma perspectiva que foi retomada de forma brilhante por Danilo Perestrello<sup>(2)</sup>, lembre-se sempre que de nada vale termos diagnósticos e dados objetivos sobre a patologia, seu prognóstico e técnicas de intervenção se não for considerado que não se trata de doenças, mas sim de pessoas doentes; e, nesse sentido, desconhecer-se a história da pessoa equivale a negligenciar o próprio sentido desse trabalho. Nesse item de avaliação, uma importante coleta de informações pode dar as perspectivas das relações *ser-em-si* e *ser-no-mundo*<sup>(3)</sup>. Da mesma forma que em processos outros de entrevista e coleta de informações sobre a pessoa, a perspectiva de nossa escuta possibilita a compreensão dos conteúdos latentes e manifestos das queixas do paciente.

#### 6 Possibilitar Diagnóstico Diferencial quanto a quadros psicológicos/psiquiátricos específicos

Ressalte-se nesse item que no Hospital Geral a presença de transtornos psiquiátricos é exceção; isto nos habituamos a ver ao ser desenvolvido o presente trabalho em unidades psiquiátricas ou em serviços de Saúde Mental. Posto esse fato, destaca-se que um bom número de intercorrências psicológicas e psiquiátricas no HG estão associadas a quadros exógenos (psicoses) e a distúrbios adaptativos do tipo Síndrome Geral de Adaptação e Doenças de Adaptação, sem contar com quadros mais tradicionais, como os episódios conversivos, tão comuns nas rotinas de pronto-socorro. É igualmente importante lembrar que o tratamento muitas vezes pode desencadear episódios confusionais, como o tropismo de alguns pacientes a certo tipo de medicação, ou o procedimento terapêutico que se utiliza de recursos externos que podem gerar situações de sofrimento metabólico, que, por consequência, desencadeiam quadros confusionais (ex. hemodiálise).

#### 7 Estabelecimento das condições de relação da pessoa com seu prognóstico (limites X possibilidades)

Considerando questões fundamentais para o trabalho voltado à qualidade de vida que reporta ao Ser ou Estar doente (Aqui o leitor será reportado à



aplicada é que poderá aprimorar o trabalho e abrir cada vez mais as portas das instituições hospitalares para a contribuição importante que o psicólogo tem a dar, a isso somam-se o seu pensar e fazer ao dos demais colegas da área da saúde.

Aqueles que desejarem manifestar suas opiniões e sugestões pedimos que remetam-nas aos nossos Editores.

Durante muito tempo, a Psicologia Hospitalar utilizou-se, e ainda se utiliza, de recursos técnicos e metodológicos "emprestados" das mais diversas áreas do saber psicológico. Esse fato, de certa forma, a enquadra numa prática que não pertence só ao ramo da clínica, mas também da organizacional, social e educacional; enfim, uma prática que, não obstante a seu viés aparentemente clínico — dada a sua realidade acontecer nos hospitais —, tem-se mostrado voltada a questões ligadas à qualidade e dignidade de vida, onde o *momentum* em que tais temas são abordados é o de doença e/ou internação hospitalar.

No entanto, isto não deve nos distanciar da preocupação de serem desenvolvidos materiais que possam adequar mais e melhor o presente trabalho à dinâmica da instituição hospitalar; e é nesse sentido que foi feito um roteiro de avaliação psicológica que pudesse trazer dados do paciente de forma objetiva ao psicólogo e à equipe de saúde.

As principais funções do Roteiro de Avaliação Psicológica são as seguintes:

#### 1 Função Diagnóstica

Possibilita o levantamento de Hipótese Diagnóstica e Definição de Diagnóstico Diferencial, quando necessário, auxiliando a determinação das causas e a dinâmica das alterações e/ou distúrbios da estrutura psicológica do paciente avaliado, facilitando inclusive a detecção de quadros reativos ou patológicos que, como se sabe, dependendo de sua gênese, vão determinar condutas totalmente diferentes por parte da equipe.

#### 2 Função de Orientador de Foco

Favorece a eleição do(s) foco(s) a ser(em) trabalhado(s) junto ao paciente. Sobre esse aspecto, é fundamental salientar que nosso trabalho junto à pessoa hospitalizada deve considerar que o momento vivido por ela quase sempre é permeado por uma situação de crise, o que nos obriga, dado que o período de internação via de regra é curto, a utilizar uma abordagem breve<sup>(1)</sup> com prioridade para os focos mais importantes do momento histórico da pessoa.

#### 3 Fornecimento de dados sobre a estrutura psicodinâmica da personalidade da pessoa

Considerando sobretudo as perspectivas prognósticas da relação do indivíduo com seu processo de adoecer e de tratamento (tendências biófilas ou necrófilas, que serão abordadas mais adiante).

#### 4 Instrumento de avaliação continuada do processo evolutivo da relação do paciente com sua doença e tratamento

Levando-se em conta que ao longo da experiência de internação a pessoa pode passar por momentos absolutamente distintos que influenciam e mudam seu estado emocional e a própria relação criada pela pessoa com todo o processo a que está submetida. Tanto para melhor quanto para pior, o que impõe ao psicólogo a necessidade de observações evolutivas, tendo em vista, por exemplo, mudanças de foco, intercorrências internas e externas que levem a pessoa a resignificar sua doença, etc., além, é claro, de processos intrínsecos ao próprio tratamento como: pré, peri e pós-operatório.

#### 5 História da pessoa

Dentro de uma perspectiva que foi retomada de forma brilhante por Danilo Perestrello<sup>(2)</sup>, lembre-se sempre que de nada vale termos diagnósticos e dados objetivos sobre a patologia, seu prognóstico e técnicas de intervenção se não for considerado que não se trata de doenças, mas sim de pessoas doentes; e, nesse sentido, desconhecer-se a história da pessoa equivale a negligenciar o próprio sentido desse trabalho. Nesse item de avaliação, uma importante coleta de informações pode dar as perspectivas das relações *ser-em-si* e *ser-no-mundo*<sup>(3)</sup>. Da mesma forma que em processos outros de entrevista e coleta de informações sobre a pessoa, a perspectiva de nossa escuta possibilita a compreensão dos conteúdos latentes e manifestos das queixas do paciente.

#### 6 Possibilitar Diagnóstico Diferencial quanto a quadros psicológicos/psiquiátricos específicos

Ressalte-se nesse item que no Hospital Geral a presença de transtornos psiquiátricos é exceção; isto nos habituamos a ver ao ser desenvolvido o presente trabalho em unidades psiquiátricas ou em serviços de Saúde Mental. Posto esse fato, destaca-se que um bom número de intercorrências psicológicas e psiquiátricas no HG estão associadas a quadros exógenos (psicoses) e a distúrbios adaptativos do tipo Síndrome Geral de Adaptação e Doenças de Adaptação, sem contar com quadros mais tradicionais, como os episódios conversivos, tão comuns nas rotinas de pronto-socorro. É igualmente importante lembrar que o tratamento muitas vezes pode desencadear episódios confusionais, como o tropismo de alguns pacientes a certo tipo de medicação, ou o procedimento terapêutico que se utiliza de recursos externos que podem gerar situações de sofrimento metabólico, que, por consequência, desencadeiam quadros confusionais (ex. hemodiálise).

#### 7 Estabelecimento das condições de relação da pessoa com seu prognóstico (limites X possibilidades)

Considerando questões fundamentais para o trabalho voltado à qualidade de vida que reporta ao Ser ou Estar doente (Aqui o leitor será reportado à



introdução do capítulo sobre Acompanhamento Psicológico ao Paciente Crônico nessa mesma obra).

As funções gerais do presente roteiro têm, portanto, o objetivo de facilitar a leitura da condição de relação da pessoa com sua doença e internação, fator fundamental para nortear o trabalho do psicólogo não somente junto a esta, mas também no sentido de favorecer a este o fornecimento de informações à equipe de saúde e de poder orientar adequadamente os familiares que acompanham o paciente.

Ao longo da leitura dos diversos tópicos, o leitor poderá observar também que a utilização desse roteiro terá *função terapêutica* em muitos momentos, à medida em que essa possibilita ao paciente a verbalização, manifestação, reflexão e confronto com diversas questões que lhe são pertinentes ao processo de vida, doença, internação e tratamento, podendo favorecer, assim, melhor elaboração e conseqüente adaptação à condição de Ser ou Estar doente.

Antes de adentrar nas especificações do roteiro, convém lembrar que o trabalho do psicólogo hospitalar, no momento de avaliação psicológica do paciente, difere do que normalmente é desenvolvido num psicodiagnóstico tradicional. Estamos avaliando um momento específico da vida da pessoa, especial e muitas vezes ímpar. Nas palavras do grande mestre A. Eaksternmann, "O doente é uma frase da história do sofrimento humano que, como tal, se dissociou do texto completo..."<sup>(4)</sup>. Nesse aspecto, não se está atrás de um Diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim na busca, da melhor forma possível, de uma visão ampla de quem é e como está aquela pessoa frente a seu processo de doença, internação hospitalar e tratamento. O principal pressuposto da atividade do psicólogo no HG é resgatar a visão do indivíduo como um todo, um ser biopsicossocioespíritual (fez-se questão de grafar como uma única palavra), que tem como princípio básico da própria existência o direito inalienável à Dignidade e ao Respeito.

Optou-se pela apresentação do roteiro tópico por tópico e o leitor terá a oportunidade de visualizar o modelo utilizado no hospital (tal como o fazemos) no final do presente capítulo.

O roteiro, além dos dados de identificação, contém 13 itens de avaliação, a saber:

- 1 Estado emocional geral.
- 2 Sequelas emocionais do paciente.
- 3 Temperamento emocional observado.
- 4 Postura frente à doença e à vida.
- 5 Estado atual frente à doença/hospitalização e à vida.
- 6 Questionário específico.

- 7 Avaliação psicossocial.
- 8 Exame psíquico.
- 9 Manifestações psíquicas e comportamentais.
- 10 Diagnóstico psicológico.
- 11 Focos principais.
- 12 Conduta.
- 13 Síntese.

Passar-se-á a discorrer sobre cada item, o porquê de sua inclusão no Roteiro e as descrições técnicas de diversos termos, sinais, sintomas e conceitos utilizados na confecção deste.

#### VI Identificação

Contém os seguintes dados: *Nome do paciente, número de registro de prontuário (SAME), idade, sexo, estado civil, data de internação, religião\** (julgou-se particularmente importante aquelas pessoas que passam por doenças graves ou situação de morte iminente, onde as questões ligadas à religiosidade tendem a aflorar de forma bastante exuberante), *Psicólogo responsável, Médico responsável, serviço/depto. do hospital ao qual o paciente está subordinado, diagnóstico médico e data do atendimento.*

Obviamente, tais dados podem ser ampliados, principalmente respeitando-se eventuais exigências institucionais ou outros fatores específicos da unidade de atendimento que a equipe julgue pertinente constar na identificação.

## 1 ESTADO EMOCIONAL GERAL

Esse item de avaliação possibilita uma visão geral das condições emocionais do paciente, a partir da situação de doença e internação, as alterações que o contexto provocou na pessoa, etc.

Nesse tópico serão avaliados oito subitens, que serão quantificados numa escala com os dados (Bom), (Regular), (Ruim), (Sem Dados) e dois itens com identificação específica.

Os subitens são:

- VI Autoconceito – Aqui avalia-se o estado de autoconceituação do paciente, a partir das implicações que a doença e hospitalização lhe impuseram.

\* Nesse sentido, destaca-se o excelente trabalho de Soldati V.S et Alli, O DESEJO Do Ente: O Psicológico e o Religioso no Hospital Geral (V ENAPH, Caldas Novas, GO. 1993)<sup>(5)</sup>.



Considera-se se houve mudanças em relação ao seu autoconceito anterior à doença (coletado nos itens que abordam *história da pessoa*). A principal característica desse subitem é avaliar a leitura que a pessoa faz de sua capacidade (ser capaz de...).

- ¶ **Auto-Estima** – Aqui é avaliada a relação afetiva do indivíduo consigo mesmo. Da mesma forma que o item anterior, pode-se fazer um paralelo entre os dados descritos pelo paciente em sua relação com o processo de adoecer e a forma anterior que possuía de ver a si mesmo.
- ¶ **Ansiedade** – A questão da ansiedade será avaliada em diversos momentos do Roteiro; estes diferentes enfoques possibilitarão qualificar a ansiedade em sua manifestação, se reativa ou neurótica, e avaliar o grau de comprometimento que a presença desta acarreta ao indivíduo e sua relação com o processo de internação, tratamento e doença propriamente dita.
- ¶ **Depressão** – Da mesma forma que no caso da ansiedade, as manifestações depressivas vão ser avaliadas em diferentes momentos da aplicação do roteiro de modo a poder classificar se esta é reativa ou patológica, seus diferentes graus (subformas) e, principalmente, o grau de comprometimento desta sobre o estado geral da pessoa.
- ¶ **Informação sobre a Doença** – O grau de informação que o paciente tem sobre a sua doença tem se mostrado de suma importância à medida que, toda e qualquer elaboração sobre a questão de Ser ou Estar doente, o nível de aderência ao tratamento, as fantasias e mesmo a utilização de mecanismos de defesa dependem, sobremaneira, da interpretação que a pessoa faz de sua doença. Sob o ponto de vista psicológico, mais do que a gravidade real da enfermidade, pode-se afirmar que a interpretação que a pessoa faz de sua doença é que pode estabelecer fortes conflitos e dificuldades na estruturação de sua relação adaptativa com todo o processo de internação, tratamento e até mesmo prognóstico.
- ¶ **Informação sobre o Tratamento** – De forma complementar ao exposto acima a respeito do grau de informação sobre a doença, o grau de informação sobre o tratamento mostra-se importante para a facilitação da aderência do paciente a este e contribui decisivamente para a debelação de fantasias mórbidas ou para a utilização de mecanismos de defesa de forma negativa e prejudicial à pessoa (vide item abaixo).
- ¶ **Relação com a Doença** – De modo mais objetivo, esse subitem possibilita uma detecção específica da relação entre Ser e Estar doente que a pessoa estabelece com seu momento de internação (vide capítulo Aspectos Psicológicos do Paciente Crônico).

- ¶ **Defesas Predominantes** – Como se sabe, a principal função dos mecanismos de defesa é preservar o ego de situações que ameacem sua integridade. Não obstante a essa característica, tem-se muitas vezes identificado a presença de defesas que se revelam perniciosas ao indivíduo, não raro comprometendo sua relação com o tratamento e até mesmo agravando seu estado clínico. Exemplificar-se-á o conceito descrevendo a utilização do mecanismo de Negação utilizado por pessoas que receberam o diagnóstico de HIV +, e que lançando mão do recurso da negação, não só não assumem um tratamento preventivo de manutenção (no caso dos assintomáticos), como também prosseguem em sua vida normalmente, por vezes contaminando parceiros sexuais, disseminando ainda mais a Aids e se pondo em risco, dada a sua fragilidade imunológica.

Por outro lado, a utilização de determinados mecanismos pode se mostrar positiva, na proporção em que ajuda o indivíduo a se reorganizar frente à doença e internação ou mesmo a enfrentar episódios específicos do processo de tratamento. Nesse particular é que se apresenta no roteiro a identificação das Defesas Predominantes como positivas ou negativas.

- ¶ **Ruptura Psicótica** – Neste item apenas se identifica se há ou não a presença de ruptura psicótica, e em caso positivo o item **EXAME PSÍQUICO** irá detalhar as características do processo tanto no que se refere aos sintomas primários quanto aos secundários (produtivos). Mais uma vez, salienta-se que o conjunto de sinais e sintomas, somado à narrativa dinâmica objetiva e subjetiva (latente e manifesta) do paciente, é que dará os dados necessários para o diagnóstico diferencial, se for o caso.

- ¶ **Estrutura Emocional Básica** – Avalia-se aqui a condição emocional geral detectada no paciente no que tange à sua capacidade de lidar com a crise da doença e internação. Esse subitem é o resultado da somatória de dados coletados ao longo do item **ESTADO EMOCIONAL GERAL**, que foram descritos acima.

Após a marcação de todos os dados solicitados, o Roteiro tem um espaço para as observações que o psicólogo responsável julgar pertinentes a essa fase da avaliação.

## 2 SEQÜELAS EMOCIONAIS DO PACIENTE

Esse item avalia algumas das seqüelas emocionais que porventura o paciente possa ter em relação a questões específicas que podem influenciar o seu processo de internação, tratamento e relação com a doença.



Possui duas colunas de quantificação: PRESENTE e AUSENTE, sendo que a coluna PRESENTE se subdivide em Forte ou Leve.

Quanto aos subitens que serão considerados tem-se:

- ❑ *Com Internação Anterior* – Aqui é avaliado se houve por parte do paciente experiências anteriores de internação hospitalar (ligadas ou não à atual) e quais as impressões emocionais que ficaram dessa vivência. Obviamente, toda e qualquer experiência anterior correlata a que se vive no momento é evocada como forma de se buscar mecanismos adaptativos à situação nova de crise que se enfrenta. Daí a importância desse subitem.
- ❑ *Com Tratamento Anterior* – Como no subitem anterior, toda e qualquer experiência do paciente com tratamentos anteriores pode ter influência na forma como esse irá lidar com o atual.
- ❑ *Com Cirurgia Anterior* – Quando existiu uma cirurgia anterior também é significativo o levantamento das impressões que esta deixou no paciente.
- ❑ *Com Separações* – Nesse subitem são computados dados da história da pessoa, que poderão ser complementados com outros mais à frente, sobre sua relação e reação a separações. Esse item tem especial importância à medida que a situação de internação implica, na maioria das vezes, em separações não desejadas, não só de pessoas, como também de situações de vida importantes para o paciente.
- ❑ *Com Perdas e Óbitos* – Com os mesmos princípios que nortearam o subitem anterior, este avalia a capacidade do indivíduo em lidar com situações específicas que a internação hospitalar lhe impõe, ou poderá vir-lhe a impor. A coleta desses dados nos auxilia também a ter um conhecimento um pouco maior de reações emocionais do paciente. Reações estas que ele está sujeito a reproduzir frente às diversas intercorrências que podem acontecer durante sua internação, fato que nos possibilita agir preventivamente.

Da mesma forma que o item anterior, esse também possui ao seu final espaço para observações que o psicólogo responsável julgar pertinentes.

### 3 TEMPERAMENTO EMOCIONAL OBSERVADO

Nesse item foram avaliados o temperamento que o indivíduo apresenta, descrito aqui como Introverso ou Extroverso e quantificado na forma de

Acentuado ou Compensado. Procuramos avaliar também a postura interacional da pessoa, se Introversa ou Extroversa, e o seu grau de adequação para as circunstâncias. Este item tem especial importância na indicação de sinais e sintomas para diagnóstico diferencial de estados maníacos, hipomaníacos ou depressivos.

Sempre se deve considerar o momento da avaliação e compará-lo às respostas normais do indivíduo fora do contexto de doença e internação. Quando as características de comportamento são nitidamente ligadas à relação de doença, tratamento e hospitalização, é necessário procurar detectar-se quais as causas que geraram tal fato e providenciar intervenção adequada, buscando-se, assim, reverter ou minimizar os efeitos nocivos deste sobre o indivíduo e sua relação com o meio.

### 4 POSTURA FRENTE À DOENÇA E À VIDA

Nesse item é que serão julgadas as tendências do indivíduo em relação à valorização da própria vida. A princípio, observam-se as características pulsionais deste em relação ao grau de solicitude que tem para com a própria existência. Poder-se-ia considerar que do ponto de vista pulsional falamos de energias eróticas e tânáticas. Não obstante, optou-se por adotar a terminologia utilizada por Erich Fromm<sup>(6)</sup>, qual seja: tendência biófila e tendência necrófila, posto que foram avaliadas circunstâncias vivenciais que se sobrepõem às pulsões. Obviamente, a pulsão original do indivíduo por pertencer ao universo inconsciente tem força determinante fundamental, mas nossas observações clínicas demonstraram que frente à Angústia de Morte, a angústia primeva e, portanto, mais essencial que a pessoa pode experimentar, essas pulsões passam por processo de conscientização e questionamento.

Por outro lado também observou-se que um indivíduo com pulsões eróticas bem definidas pode ver sucumbir suas energias dado ao alto grau de sofrimento e desesperança que a evolução da doença lhe impõe, podendo levá-lo a um estado de abandono ou desapego (esses aspectos serão vistos mais adiante), que se manifestará sobre o desejo de vida.

A idéia, portanto, de se identificar Tendência Biófila ou Necrófila frente à doença e à vida (que podem ser inclusive distintas) passa a ser de fundamental importância para o psicólogo à medida que favorece a compreensão do estado anímico do paciente na sua relação específica com o processo de adoecer e, conseqüentemente, dá parâmetros de perspectivas prognósticas da relação dessa pessoa com todo o tratamento e com as eventuais intercorrências que possam vir a acontecer.



Embora não seja o objetivo desse capítulo, é interessante ressaltar que vários estudos, particularmente na área de psico-oncologia, dão conta de que as características de personalidade (e aqui se faz referência à influência das pulsões sobre esta) podem ter força determinante nos processos de instalação de vários tipos de cânceres (para maiores esclarecimentos recomenda-se a leitura de Kovacs J.)<sup>(7)</sup>.

## 5 ESTADO ATUAL FRENTE À DOENÇA/HOSPITALIZAÇÃO E À VIDA

A classificação apresentada a seguir revela a forma de administração dos recursos psicológicos na elaboração do adoecer organicamente, ou seja, como está na atualidade o Humor do paciente em relação ao adoecimento, à hospitalização e à vida, diante da evidência de não mais existir, quer este fato esteja próximo ou não no tempo físico. Neste aspecto, a ansiedade apresentada nesta crise é do tipo como descrito por Rollo May (1991)<sup>(8)</sup>: "... a experiência da ameaça de iminência de não-ser..." e permeará o seu *modus vivendi* a partir de então.

Com o passar dos anos, observa-se um maior interesse por parte de colegas da área de saúde na investigação e compreensão dos aspectos psicodinâmicos do adoecer, sendo que esse interesse tornou mais familiar a estes as reações emocionais do paciente e suas relações com o processo de adoecer; ao mesmo tempo instrumentalizou-os em sua relação com o indivíduo doente a fim de melhorar a qualidade de vida na hospitalização e tratamento, tornando a equipe de saúde sensível à diminuição da cisão entre corpo e mente, à comunicação que se estabelece com o paciente e ao trabalho interdisciplinar.

Esse item foi organizado de acordo com as seguintes fases ou estados: *Negação, Barganha, Revolta, Depressão, Aceitação e Ganho Secundário* encontradas em obras desenvolvidas junto a pacientes terminais, tais como: as Kubler-Ross<sup>(9)</sup>, Stedford<sup>(10)</sup> e Ziegler<sup>(11)</sup>, entre outras. Entretanto, esta avaliação psicológica pode ser utilizada com pacientes clínicos (agudos e crônicos), cirúrgicos, ortopédicos, etc., posto que o processo de elaboração de perdas e o luto advindo destas, ligados aos processos de doença (perda da saúde), hospitalização (perda da condição de pessoa – despersonalização) e tratamento (sentimentos de invasão e agressão com a respectiva sensação de impotência) são gerais; a maioria das pessoas internadas e cada processo individual acarretará outras perdas (que poder-se-ia classificar como mortes simbólicas), levando o indivíduo a passar pelas fases a seguir apresentadas.

Ressalta-se que os estados psicológicos abaixo descritos são dinâmicos e estão sujeitos às intercorrências que a evolução da doença, o tratamento e a vida do

indivíduo apresentarem no decorrer do acompanhamento psicológico. Assim, não há uma linearidade absoluta na evolução da elaboração da doença, podendo ocorrer retorno ou co-existência das "fases" apresentadas.

❖ **Negação** – Estado psicológico presente após diagnóstico da doença, em casos de recidiva ou insucesso de tratamento e ainda em situações de perda familiar abrupta. Geralmente acompanhado de incredulidade no diagnóstico. Há ansiedade frente à notícia em nível desestruturante de desintegração e perigo iminente ao ego do paciente.

Como citado no item 1, deve-se observar se o mecanismo de defesa está colaborando para manter a integridade do ego e, no caso da negação, se está permitindo um mínimo de contato com a realidade da doença, com o tratamento; deve ser observado e respeitado como forma de o paciente suportar a ansiedade subjacente e auxiliar a elaboração gradual e concreta que o tratamento lhe aponta.

É importante estarmos atentos para a falência do mesmo e possibilidade da ocorrência de ansiedade em nível psicótico, que pode ser resultado da não-absorção dos passos do tratamento (salvo predisposição psicogênica ou fatores exógenos identificados no *EXAME PSÍQUICO*), daí a utilidade do levantamento do grau de informação sobre a doença e tratamento no item 1 referente à avaliação da noção da gravidade da doença para o indivíduo.

Outro aspecto desse estado é a aparente estabilidade que a evitação proporcionada pela negação ocasiona à equipe e à família, que poderá colaborar para a exacerbação do mecanismo de defesa, com a cristalização de uma idéia e modo de agir na relação, podendo resultar em uma atitude de não abordar o tema do adoecer, originando o *Pacto do Silêncio*<sup>(12)</sup>.

❖ **Barganha** – Este estado psicológico tem por característica a negociação, onde o paciente busca a solução para o sofrimento gerado pelo adoecer. Nesse caso, há o reconhecimento da possibilidade de não mais existir como fato concreto e o desejo de dar continuidade a projetos futuros, indicando a utilização de mais funções do ego para enfrentamento da crise e o início de uma postura ativa em relação a esta.

Há, freqüentemente, a manifestação do aspecto religioso, com a ocorrência de esperança que pode fortalecer o paciente, porém a barganha pode ser realizada, também, com a equipe e com a família para obtenção de satisfação, como, por exemplo: burlar a dieta, no caso dos diabéticos, renais crônicos, hepatopatas, etc., onde se verificam formas de sedução às quais equipe, paciente e família passam a manifestar.



Assim, cabe ao psicólogo avaliar a dimensão da negociação, o que é desejado, os termos de troca e a viabilidade de concretização. No caso das promessas religiosas, estas tranquilizam o paciente? No caso da barganha com a equipe, existe possibilidade de viabilizá-la? Nesta última, favorecem muito a aproximação e o contato interdisciplinar para estabelecimento de condutas uniformes intra-equipe e diálogo franco – dos limites e possibilidades impostos pela doença e tratamento – com o paciente, sua família e a própria equipe de saúde.

- ▼ **Revolta** – Neste estado, nota-se maior predominância da pulsão agressiva de modo manifesto, e pode surgir em seus mais variados matizes, tais como: raiva, sadismo, inconformismo e ressentimento, entre outros, manifestações psíquicas que estarão em jogo na relação de tratamento e hospitalização.

O indivíduo interage com o ambiente de forma ativa, para readquirir o controle, e muitas vezes de forma desorganizada, onde o outro é considerado como o causador do sofrimento psíquico ou físico. Observa-se que é um modo de preservar a individualidade, sendo a exteriorização de sua potência frente ao mundo, neste momento, atacada pela perda da saúde, da autonomia, da liberdade. Como toda pulsão, ocorre o investimento no ego e no ambiente, e o paciente fará uso de suas funções intactas (pensamento, linguagem, motivação e volição, etc. – vide *EXAME PSÍQUICO*) para manter o contato com o ambiente.

É possível encontrar atitude de contra – agressão por parte das pessoas que estão em contato direto com o paciente (equipe e família). A título de exemplo: o paciente “chato” que solicita a equipe constantemente ao seu leito, exigindo atenção e cuidados diferenciados, com acusações de maus tratos, desleixo e incompetência, e a equipe passa a “demorar” em atendê-lo.

Nestes casos há um exercício mútuo de sadismo – paciente e equipe – inconsciente ou consciente, que desgasta ambos, dificultando a relação, a administração de procedimentos e a aderência ao tratamento, podendo ocasionar desistência de forma impulsiva e imediatista, acompanhada de ansiedade generalizada, ou pânico.

Tal forma de relacionamento pode se dar com os familiares, sendo presente um desassossego, mágoa, irritação, abandono, acusações mútuas, distanciamento, em uma intensidade que se estende além do padrão de relação usual, acompanhada da dificuldade em encarar algo (a doença, as agressões e invasões ao corpo do paciente, as rotinas hospitalares, a morte, entre outras) que foge do controle de ambos, numa forma de evitar o contato com as frustrações geradas por esta crise que fragiliza e estão, parcial ou

totalmente, fora do controle de ambos, denunciando limites novos a serem estabelecidos.

Pode-se observar e direcionar positivamente a agressividade, seu aspecto construtivo, em prol do paciente, acolhendo-a, valorizando-a, dimensionando sua magnitude, como movimento ativo de investimento em si mesmo, possibilitando a introjeção e não somente a projeção, colaborando na organização, ou seja, na percepção dos limites e utilidade de forma a se relacionar com o meio. Além disso, orientar equipe, visando otimizar a relação, e a família na elaboração da crise que se instalou a partir do adoecimento de um de seus membros.

- ▼ **Depressão** – Este estado psicológico de elaboração da hospitalização, doença e vida apresenta como característica o contato com a perda da saúde e a tristeza gerada por tal condição, sendo acompanhado pelos sinais e sintomas de quadros depressivos e identificados nos itens 1, 8 e 9, importantes para a distinção entre uma depressão de natureza elaborativa e de característica involutiva.

A depressão de cunho elaborativo é necessária e benéfica ao indivíduo doente para reestruturação frente à crise do adoecer e tratamento, visto que ocorre introspecção e Angústia Existencial, onde há o questionamento de valores, sem a perda da perspectiva existencial, a partir da crise que se instalou em sua vida após adoecer. Assim, o processo diagnóstico, a notícia diagnóstica, a hospitalização podem tornar a Angústia Existencial mais evidente, visto que o *continuum* de vida foi alterado, seu corpo – instrumento de relação consigo mesmo e com o mundo – obriga-o a reavaliar seu modo de relação com a vida.

A perda da saúde implica na perda concreta de órgãos (cirurgias mutilatórias) ou hábitos (doenças crônicas), sendo necessária a constatação desse luto, para que possa ocorrer o reforço da auto-estima e autoconceito de modo efetivo. Como todo objeto com representação psíquica, a ausência deste ocasiona o entristecimento, o questionamento pela perda, a sensação de esvaziamento e a necessidade de contato com a mesma para reorganização frente à identidade e à vida.

A doença orgânica suscita, também, o aparecimento da Angústia de Morte (vide item 8), a sensação de aniquilamento, do não-existir concretamente, sendo importante o conhecimento do tipo de doença apresentado – aguda, crônica, terminal – que matizará o estado psicológico do paciente, podendo desencadear atitude de desapego ou abandono. Na atitude de desapego, há uma eleição de vínculos, tarefas e projetos significativos para o paciente, que reforcem sua auto-estima, com estabelecimento de prioridades e metas passíveis de serem atingidas que estão ao seu alcance e lhe trazem satis-



fação. Na atitude de abandono, verifica-se a desistência frente ao mundo e vínculos significativos, onde o negativismo, próprio da depressão patológica, suscita a não-elaboração do processo de desligamento e embotamento de recursos egóicos para tal (vide Capítulo Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica deste livro).

A depressão é um estado que mobiliza tanto a equipe como os familiares, visto o ensimesmamento que a acompanha e desperta no outro a lembrança de sua própria finitude, denunciando os limites da atuação profissional – a impotência –, podendo ocasionar postura onipotente por parte da equipe com o estabelecimento de condutas heróicas, levando o profissional a oscilar entre o binômio *quantidade – qualidade de vida*.

No que se refere à família do paciente, depreende-se a Angústia de que necessita de elaboração, pois pode resultar em comportamentos semelhantes aos da equipe ou aos do paciente, em caso de doenças terminais ou insucesso no tratamento, sendo importante a distinção do movimento dos familiares, se for de desapego – com a elaboração e preparo para a morte do paciente, ou de abandono com distanciamento e desistência do vínculo de forma abrupta, que pode gerar um luto patológico posterior.

■ **Aceitação** – Estado psicológico onde há a compreensão real dos limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização, tratamento e a vida, com a ocorrência de flexibilidade e fluência para lidar com a crise que se instalou. Nesse caso, a ansiedade encontra-se em nível suportável para o paciente, família e equipe de saúde.

Segundo Stedeford (1986), “A aceitação não é o mesmo que a resignação. É uma avaliação realística da situação clínica, conforme esta muda, com a determinação de se ajustar da maneira mais adequada possível.”<sup>(10)</sup>

Neste estado, encontra-se o paciente no *status* de agente de seu tratamento, não há delegações involuntárias ou inconscientes, ele organiza e opina a respeito do que será feito, questiona, se informa e está fortalecido o suficiente para o confronto com o médico, equipe e família, apropriando-se de sua vida no sentido estrito.

O mesmo pode se dar com a equipe e família ao aceitarem os limites e possibilidades de atuação com o paciente, havendo a eleição de metas passíveis de serem atingidas; não raro surge espaço para discussão e participação efetiva com e pelo paciente de forma criativa e flexível, minimizando a tensão existente na relação paciente – equipe – família.

■ **Ganho Secundário** – Este estado ocorre freqüentemente associado a doenças crônicas, onde o indivíduo passa a se relacionar com o mundo *via* doença, sendo parte estruturante de sua identidade (vide Capítulo Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica desse

livro). Entretanto, não é exclusivo desse tipo de doença, pois a prática demonstra que o adoecimento provoca regressão em nível libidinal e busca de satisfação de forma primitiva. Pode-se definir o conceito de Ganho Secundário como sendo: o conjunto de benefícios, conscientes ou inconscientes, que o paciente auferi em suas relações consigo mesmo e/ou com o mundo que não obstante ao sofrimento que a doença lhe impõe, esse “julga” a relação custo/benefício do Ser/Estar doente compensada ou atenuada pelos ganhos adquiridos.

Como mencionado acima, o fato de esse mecanismo ser freqüentemente encontrado na relação do paciente com a doença crônica está associado a uma tentativa adaptativa deste para poder conviver com os limites e perdas que essa lhe impõe.

Nesse item o psicólogo assistente encontrará coluna com os subitens para assinalar e, ao final, espaço para a colocação de observações que julgar pertinente.

## 6 QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO

Esta parte da avaliação psicológica refere-se à História da Pessoa no que concerne à instalação da crise na vida do indivíduo doente. Pode ser realizada com o paciente e/ou familiar deste. Além disso, é útil para centralização da pesquisa diagnóstica, quais modificações houver no paciente e no ambiente nos períodos anterior e posterior à doença e apresenta os seguintes objetivos:

- 1 Compreender como se instalou a crise – doença – na vida do paciente e família do ponto de vista estrutural e dinâmico e estabelecer o(s) foco(s) do acompanhamento psicológico com ambos.
- 2 Agir terapeuticamente sobre a temporalidade, pois as questões são subjetivas e objetivas, interessando poder proporcionar ao entrevistado a organização do passado para esteio do futuro e enfrentamento da crise.

Visando ilustrar a influência da temporalidade na situação de crise e a importância da percepção no enfrentamento da mesma, Moffat (1987) afirma: “A vida é como uma viagem nas nuvens: só vemos o “aqui e nada mais”: e para poder avançar devemos alucinar um caminho. E a este caminho inventamos com partes do caminho percorrido supondo que tem curvas e graus que se repetem. De qualquer maneira, este futuro (o projeto) é sempre uma plataforma que avança nesse vazio de informação que temos sempre adiante...”<sup>(13)</sup>



Nesse particular, o exercício de resgate da historicidade do paciente e familiares proporciona o preparo para enfrentamento do futuro que no momento de crise é totalmente incerto e imprevisível.

Compõe-se de seis subitens relacionados abaixo:

1 Como era o paciente antes de adoecer?

Esta questão refere-se à percepção que o entrevistado tem a respeito do estado psicológico do paciente anterior à doença. Sua finalidade, em termos de diagnóstico, é a identificação do humor pregresso à doença.

2 Relate um dia na vida do paciente antes de ele adoecer.

Objetiva-se a descrição dos hábitos, rotina diária de vida, trazendo à tona de forma concreta as informações num contraponto com a pergunta anterior, bem como o levantamento de atividades do repertório do mesmo que podem ou não ser incluídas na internação e tratamento.

3 Como foi descoberto o diagnóstico?

Esta pergunta fornece ao psicólogo se a descoberta foi gradual ou abrupta, de que maneira foi fornecida a informação, trazendo o vínculo estabelecido com o médico e familiares no momento do diagnóstico, além da reação psíquica ao mesmo e mecanismo(s) adaptativo(s) utilizado(s).

Caso ainda não haja um diagnóstico firmado e o paciente se encontre em processo diagnóstico, é adequado investigar a fantasia frente ao mesmo e como a família vem se estruturando para tal. O paciente é agente de seu processo de tratamento? Outras formas adaptativas de enfrentamento da crise estão sendo utilizadas?

4 O paciente sabe de seu diagnóstico? Se não sabe, por quê?

Esta questão complementa a anterior, visto que traz de forma manifesta qual forma adaptativa vem sendo utilizada para administração da ansiedade subjacente ao diagnóstico médico. Ocorre *Pacto do Silêncio*? Ou as expectativas, fantasias são compartilhadas? Existe mobilização para aumento de informação sobre a doença e tratamento a ser efetuado? Pode ser relacionado com o item 5.

5 Houve algum fato marcante na vida da família ou do paciente antes ou depois do aparecimento da doença? Data?

Esta pergunta tem como objetivo a identificação de eventos psicossociais que desencadeiam respostas adaptativas frente ao "stress" relacionado a perdas de modo amplo dentro da rotina de vida do paciente bem como da família deste. Tem o intuito de ampliar a compreensão da crise do adoecer, o que ocorreu no universo vivencial antes e/ou depois de instalada e que se somam à própria doença e tratamento.

O leitor encontrará em anexo um rol de situações potencialmente desencadeadoras de estresse em nível psicossocial a ser pesquisado com o entrevistado.

6 Houve mudança no comportamento do paciente ou na dinâmica familiar após o aparecimento da doença?

Esta questão objetiva o levantamento da percepção do entrevistado a respeito da desestruturação gerada pela doença nos âmbitos familiar e pessoal, proporcionando a reflexão por parte deste e indicando ao psicólogo o que é passível de intervenção e reorganização atual.

## 7 AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Esta avaliação pertence ao levantamento de dados da História da Pessoa, tendo por objetivo a coleta de dados de desenvolvimento psicológico do indivíduo, em seu aspecto estrutural, quanto aos vínculos estabelecidos durante sua vida até a instalação da doença. É útil para a realização do Diagnóstico Diferencial quanto aos fatores psicossociais, ou seja, grupos em que esteve inserido desde sua infância até o momento da hospitalização, a cultura da qual faz parte, como lida com presenças e ausências no decorrer da vida e que matizarão a Afetividade (subitem do item 8).

A seguir destaca-se a forma como estão agrupadas as fases de desenvolvimento psicológico do indivíduo de acordo como é observada e utilizada na entrevista clínica de anamnese, porém com a tônica psicossocial e temporal, com destaque para os aspectos a serem colhidos de forma global.

- 1 *Infância* – Composição Familiar, Relação com os Pais, Vivências, Acontecimentos Relevantes.
- 2 *Adolescência* – Hábitos, Sexualidade, Grupo, Vivências, Acontecimentos Relevantes.
- 3 *Vida Adulta* – Rotina Diária, Situação Conjugal, Relações com Parceiros, Contatos com Filhos, Vivências, Organização do Lar, Expectativa de Vida.
- 4 *Contatos Sociais* – Empregos, Amigos, Participação na Comunidade, Lazer, Atividades.

## 8 EXAME PSÍQUICO

Esse item do Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral tem especial relevância principalmente para a viabilização de Diagnóstico Dife-



rencial. Ele pode também ser utilizado em separado do Roteiro como um todo dada as características específicas de avaliação a que ele se propõe.

Esse roteiro não difere muito dos tradicionais roteiros de exame psíquico já conhecidos, que normalmente são utilizados em hospitais psiquiátricos ou Unidades de Saúde Mental. As principais diferenças vão ser encontradas em alguns subitens específicos e em dados de subitens que irão destacar os aspectos mais pertinentes à realidade do Hospital Geral.

Foram suplantados alguns elementos de avaliação, normalmente constantes nos exames tradicionais, e adicionados outros com ênfase diferenciada, justamente para que se possa orientar o foco das avaliações nos aspectos mentais mais comumente afetados nas circunstâncias de doença (física) e hospitalização.

O item a seguir descrito possui nove subitens de avaliação mais a repetição dos dados de identificação vistos na abertura do Roteiro. A repetição dos dados de identificação deve-se ao fato de, como mencionado acima, esse Exame poder ser utilizado em separado. Os subitens que o compõe são:

- 1 Consciência (clínica ou quantitativa).
- 2 Sensopercepção.
- 3 Pensamento.
- 4 Linguagem.
- 5 Memória.
- 6 Inteligência/Cognição.
- 7 Consciência do Eu (qualitativa).
- 8 Afetividade.
- 9 Motivação e Volição.

## 1 Consciência

Procurou-se diferenciar aqui o que se chama de "Consciência clínica ou quantitativa" da "Consciência do Eu" (o que será visto mais adiante) dado ao fato de se ter na rotina hospitalar o critério médico de avaliação de Consciência que se executa dentro de parâmetros quantitativos no que tange às capacidades responsáveis manifestas pelo paciente examinado. Nesse aspecto, o que determina o critério de comprometimento é a avaliação baseada no diagrama S – R (estímulo – resposta). Tem-se, então, incluindo o estado normal de consciência oito níveis: Normal, Torpor, Turvação, Obnubilação, Coma I ou Coma Vigil, Coma II, Coma III e Coma IV, que equivalem ao critério de morte cerebral.

No estado de *Torpor*, as principais características do paciente são: a lentificação do pensamento, leve latência na capacidade de resposta (verbal ou motora) e pequenas dificuldades na coordenação de motricidade fina. A pessoa não apresenta comprometimento intelectual, nem dificuldades de compreensão ou resposta, apenas está lentificada em relação ao seu estado normal. Pode-se constatar esse estado em condições de vida normal quando a pessoa apresenta um grau leve de alcoolização, ou quando nos encontramos em estado de fadiga (comumente identificado e associado a sintomas de estresse).

No estado de *Turvação*, o paciente começa a manifestar comprometimentos mais importantes. A latência no estado anterior é bem maior, sendo que a pessoa começa a apresentar certa dificuldade de entender os estímulos (sobretudo os que exigem ação interpretativa intelectual); há um comprometimento mais intenso da motricidade fina e a motricidade ampla começa a se alterar também, passa a ser necessária uma quantidade maior de vezes a se estimular o paciente para se obter respostas comportamentais.

Pode-se observar esse estado, por exemplo, em pessoas com um grau mais intenso de intoxicação pelo álcool, ou quando ela estiver sob efeito de drogas psicoativas do tipo ansiolítico (hipnóticas ou diazepínicas).

No estado de *Obnubilação*, o paciente praticamente perde a capacidade de verbalizar, suas respostas são monossilábicas, tem grande dificuldade de demonstrar compreensão aos estímulos que se lhe impõe. A motricidade fina está totalmente comprometida e a ampla severamente complicada. Não é capaz de articular frases e de responder a solicitações mais sofisticadas, sobretudo as que exigem ação intelectual. Sua atenção voluntária começa a apresentar fortes sinais de dispersividade e a atenção involuntária mostra-se precária. Esse estado pode ser observado, por exemplo, em situações de choque, no estado crepuscular epilético ou em casos graves de intoxicação pelo álcool.

*Coma I ou Coma Vigil*, muitas vezes chamado de "coma de olhos abertos". Nesse estado, a capacidade de interação do indivíduo com o meio está quase que absolutamente ausente, notam-se flutuações na atenção voluntária, que ora se revela com o paciente acompanhando com os olhos movimentos e pessoas à sua volta, ora seu olhar é vago e aparentemente indiferente ao que passa à sua volta, a atenção involuntária está ausente.

Não é capaz de verbalizar, apenas eventualmente consegue responder perguntas simples com "sim" ou "não" manifesto através de um tênue gesto de dedos ou piscar de olhos, se houver por parte do entrevistador muita persistência. Obviamente, a ausência de atividade motora é notória.



Até essa fase descrita anteriormente, todas as capacidades de respostas autonômicas estão preservadas, ou seja, os reflexos superficiais e profundos não apresentaram sinais de comprometimento. Entre os diversos reflexos, destacam-se os seguintes:

- ☐ **Reflexo Palpebral** – Consiste em contrair mais intensamente as pálpebras quando o paciente, de olhos fechados, tem seus cílios tocados por alguém.
- ☐ **Reação à dor** – Quando é imposto ao paciente um estímulo doloroso, como, por exemplo, picá-lo com uma agulha; este procurará retirar a área que foi estimulada de perto da agulha.
- ☐ **Reflexos Osteotendinosos** – São aqueles manifestados quando se impõe uma ação mecânica específica sobre tendões de articulações (joelho e cotovelo), é o famoso “reflexo do martelinho” que todos conhecem.
- ☐ **Reflexo Pupilar** – Consiste na resposta automática que a Íris manifesta frente à presença ou ausência de luz, contraindo-se ou expandindo-se, o que equivale na observação a um aumento (midríase) ou diminuição (miose) das pupilas.
- ☐ **Reflexo Oto-Ocular** – Uma resposta que durante muito tempo foi identificadora (na sua ausência) de morte cerebral. Atualmente, recursos mais sofisticados podem dar melhor margem de avaliação para o médico, mas, de qualquer forma, a ausência deste reflexo é indicativa de grave lesão cerebral. O estímulo consiste em se colocar no vestíbulo auditivo do paciente água gelada ou quente, o choque térmico irá provocar como resposta um reflexo de rotação dos olhos para o lado oposto ao do ouvido que recebeu o estímulo.

A partir do estado de *Coma II*, serão identificados níveis de comprometimento desses reflexos. No *Coma II* especificamente, a maioria das respostas está na íntegra, podendo haver leve comprometimento (lentificação) nos chamados Reflexos Superficiais (Palpebral e Dor), sendo que os demais se mantêm íntegros.

No *Coma III*, os reflexos superficiais desaparecem e começa-se a notar algum comprometimento nos reflexos profundos, que, em muitos casos, são inclusive indicativos de dano cerebral.

No *Coma IV*, há completa ausência de capacidade responsiva por parte do paciente. Esta ausência é um dos principais critérios de indicação de Morte Cerebral, que atualmente é o critério utilizado para a indicação da Morte Clínica do paciente.

Como se vê na descrição dos diferentes graus de comprometimento da consciência, o que se tem é um processo de afunilamento desta, que se agrava a cada novo estado na escala. Tal agravamento é mensurado pela capacidade de

respostas observáveis que o paciente emite. Em obra anterior (Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática) comentou-se sobre as discrepâncias nos critérios de conceitualização de Consciência Clínica e Consciência do Eu, observando inclusive, quando se tratou do paciente em coma na UTI, que muitas vezes um paciente classificado como inconsciente clinicamente não tem necessariamente a inconsciência psicológica ocorrendo correlativamente. Não é objetivo desse capítulo discorrer sobre esses aspectos, fica o convite aos interessados em buscar complementação de informações na obra supracitada, sendo que ao fim do referido capítulo é colocado um roteiro de estudos com diversas obras que podem auxiliar o leitor interessado em se aprofundar no tema.

Sob o ponto de vista prático, recomenda-se aos colegas que iniciam contato com paciente em coma que o observem ao retornar do coma anestésico. Vocês poderão notar o caminho da Consciência Clínica sendo percorrido ao contrário do descrito; o paciente parte de um estado de inconsciência similar ao descrito no *Coma II* e, à medida que esse estado for se superficializando, pode-se identificar o retorno gradativo das capacidades responsivas até a total recuperação de seu estado normal de consciência.

Muitos hospitais e particularmente CTIs utilizam-se de uma outra escala de avaliação da consciência chamada GLASGOW. Do ponto de vista de nossas (psicólogos) avaliações, esta escala não se mostra tão eficiente, posto que a quantificação de respostas é agrupada e são atribuídas notas a estas, que irão por fim estabelecer um escore (índice Glasgow) que indicará o grau de comprometimento da consciência. Sob a ótica de quantificação das capacidades de resposta, pelo fato de a escala mesclar vários tipos e depois associá-los para a obtenção do escore, a avaliação torna-se mais pobre.

No entanto, é importante mostrar o funcionamento da escala Glasgow e, sob o ponto de vista dos dados importantes para o psicólogo hospitalar, salientar que será necessário obter junto ao médico assistente os dados dos diferentes itens avaliados para a obtenção de informações mais precisas sobre a Consciência clínica do paciente.

Após um certo tempo de prática, o psicólogo também será capaz de estabelecer essa avaliação. Nesse caso, não é seu objetivo diagnosticar o estado neurológico do paciente (função do médico intensivista), mas sim de ter melhores subsídios para avaliar as capacidades responsivas do mesmo e, a partir daí, estabelecer, por exemplo, programas específicos de estimulação, principalmente quando outros dados mais subjetivos de avaliação possam estar indicando a presença de vida psíquica ativa.

A Escala Glasgow compreende três itens de avaliação, quais sejam:



|   | Abertura dos Olhos (AO)    |   | Melhor Resposta Verbal (MRV) |   | Melhor Resposta Motora (MRM)  |
|---|----------------------------|---|------------------------------|---|-------------------------------|
|   |                            |   |                              | 6 | Obedece ordens Verbais        |
|   |                            | 5 | Orientado Tempo Espaço       | 5 | Localiza Estímulos Dolorosos  |
| 4 | Abre Espontaneamente       | 4 | Não Orientado                | 4 | Flexão Normal MMSS e MMII     |
| 3 | Abre sob Estímulo Auditivo | 3 | Palavras Impróprias          | 3 | Flexão de MMSS (decorticação) |
| 2 | Abre sob Estímulo Doloroso | 2 | Sons Incompreensíveis        | 2 | Flexão de MMII (decerebração) |
| 1 | Não Abre                   | 1 | Não Responde                 | 1 | Não Reage à Dor               |

De acordo com a tabela acima, numa escala de um mínimo de 3 e de um máximo de 15 pontos, pode-se classificar o estado neurológico e/ou de consciência do paciente (sob a ótica quantitativa). Verificou-se que, a exemplo do outro tipo de classificação, o grau de comprometimento da consciência é fornecido pelo número e sofisticação das respostas que o paciente é capaz de emitir.

Ainda sobre o tema Consciência Clínica X Consciência do Eu, o conceito psicológico de consciência envolve a definição apresentada por Jaspers (1973) "Consciência é todo o momento da Vida Psíquica..."<sup>(14)</sup>. Nesse sentido, a presença de atividade mental superior (associada a áreas neocorticais sobretudo), tais como: memória, capacidade associativa, percepção + pensamento interpretativo, inteligência, etc., mesmo não podendo ser mensurada pelas respostas aparentes do paciente, pode estar presente na pessoa considerada clinicamente inconsciente, a prática clínica tem inúmeros casos ilustrando tal fenômeno; sendo assim, a proposta de distinguir no presente Roteiro essas duas conceituações foi considerada de fundamental importância para a prática da Psicologia Hospitalar.

No Roteiro apresentado, o leitor identificará no Item Consciência uma escala dos diversos graus de comprometimento com espaço para assinalar o que avaliou e, ao final, espaço específico para o escore da Escala Glasgow\*\*.

\*\* Sobre as questões polêmicas ligadas à existência ou não de atividade psíquica no paciente em coma, sugerimos a leitura do tópico "O Paciente em Coma no C.T.I.", capítulo "Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva" publicado no livro "Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática", Ed. Pioneira 1994, cap. II, pp. 67-71<sup>(15)</sup>.

## 2 Sensopercepção

Ao ser avaliada a Sensopercepção, podem-se observar as capacidades sensoriais da pessoa, ou seja, como os órgãos do sentido estão captando as impressões que o meio ou que a internalidade desta emitem a ela mesma (exterocepção e propriocepção).

Chamamos ao fenômeno desencadeador do evento perceptivo de Significante. Em condições normais de funcionamento dos órgãos do sentido, o que será captado por estes é a IPR (Imagem Perceptiva Real); por exemplo: alguém mostra-me um quadrado azul e o que eu percebo e reconheço é um quadrado azul, alguém me espeta com uma agulha e eu sinto dor, e assim sucessivamente. Existe, portanto, coerência entre o estímulo dado e a percepção deste (Equivalência entre o Significante e a interpretação sensorial deste com a respectiva identificação do Significado); a imagem (e aqui o significado de "imagem" não se restringe a visão, mas a qualquer percepção) é identificada com a realidade do que foi exposto ao indivíduo. Obviamente, o evento perceptivo assim como todos os demais itens avaliados no Exame Psíquico não são estruturas estanques e dissociadas umas das outras, para que houvesse a identificação do Significante atribuindo-lhe um Significado houve também a interferência do Pensamento, da Memória da Inteligência e assim por diante (Atividades Mentais Superiores). O fenômeno perceptivo levado ao pé da letra é apenas o evento de a percepção do Significante, nossos sentidos captaram-no e o registram em algum ponto do cérebro. As regiões cerebrais primordialmente responsáveis pelo evento perceptivo são compostas pelo Arqui e Paleocortex (filogeneticamente estruturas mais antigas e primitivas), que compõem as chamadas Atividades Mentais Básicas. Mais à frente descrever-se-á o evento perceptivo de forma esquemática.

Um dos componentes da Sensopercepção é a *Atenção*, que se divide em duas subformas: *Atenção Voluntária* e *Atenção Involuntária*.

Na *Atenção Voluntária* avalia-se a capacidade que o indivíduo tem de deliberadamente canalizar sua atenção para alguém ou algo; está associada à capacidade de concentração e à intencionalidade.

A *Atenção Involuntária* funciona inconscientemente. É aquele estado que nos permite perceber ou até mesmo nos assustar como, por exemplo, uma explosão de escapamento de um carro que passa ao nosso lado quando estamos conversando com um amigo na calçada.

Ela permanece sempre ativa ou, melhor dizendo, em estado de alerta, e toda vez que algum fenômeno intercepta a nossa ação perceptiva (que está mobilizada pela *Atenção Voluntária*) esta entra em ação. Como se verifica nas descrições dos diferentes graus de comprometimento da consciência, os níveis de atenção são as primeiras instâncias sensoperceptivas a manifestar comprometimento.



Quanto às diferentes patologias da sensopercepção, destacam-se especificamente as Ilusões e as Alucinações.

Nas *Ilusões*, o indivíduo apresenta um claro distúrbio perceptivo (Alteração da IPR), onde este descreve um evento perceptivo que não corresponde à realidade. No entanto, quando essa pessoa vai interagir com a distorção perceptiva, dá-se conta da inexistência desta. Talvez o exemplo mais clássico desse fenômeno seja o da "Miragem", onde a pessoa julga estar vendo algo (um lago no meio do deserto por exemplo) e quando se atira no suposto lago *percebe* que este não existe.

Já nas *Alucinações*, a distorção da IPR apresenta-se mais grave e a pessoa não só identifica algo que efetivamente não existe como cria interações com a imagem. É interessante salientar que todos os eventos alucinatórios estão classificados de acordo com o órgão do sentido que manifestou o comprometimento, ou seja: Alucinação Tátil (presente, por exemplo, no *Delirium Tremens*), Alucinação Visual (presente, por exemplo, nas intoxicações por drogas psicoanalépticas), Alucinação Auditiva (presente, por exemplo, nos surtos Esquizofrênicos de subforma Paranóico Alucinatória), Alucinação Olfativa, Alucinação Gustativa e Alucinação Cenestopática (ligada à propriocepção, presente em muitos episódios dissociativos graves).

Os distúrbios sensoperceptivos podem aparecer também como sintomas de diversos quadros centrais, associados a tumores, anóxia cerebral, Acidentes Vasculares Cerebrais, Neurocisticercose etc. A constatação isolada de um distúrbio sensoperceptivo não é indicativa de nenhum quadro clínico em particular; sempre a somatória de sinais e sintomas mais a história clínica da pessoa é que possibilitarão à equipe a determinação de diagnóstico.

No Roteiro, o psicólogo encontrará espaços específicos para assinalar as observações sobre as condições sensoperceptivas do paciente, se normal, se há a ocorrência de Ilusão ou Alucinações e qual subforma alucinatória ele apresenta.

### 3 Pensamento

O pensamento é uma das atividades mentais mais sofisticadas que possuímos; quando o avaliamos estamos, do ponto de vista neuropsicológico, identificando o funcionamento de uma Atividade Mental Superior, que, sob o ponto de vista filogenético, ocorre em regiões cerebrais formadas mais recentemente, em especial nas regiões Neocorticais.

O componente principal que a possibilita identificar um distúrbio do pensamento é o Juízo de Realidade (JR), que é a capacidade que o indivíduo possui de avaliar adequada e coerentemente os eventos que vivencia. Mais uma vez é fundamental lembrar que um componente do Aparelho Psíquico não funciona

isoladamente, para que haja a adequada atuação do pensamento, esse interage com a memória, a inteligência, a sensopercepção, a linguagem, etc.

Didaticamente, o Pensamento é avaliado através de três componentes: Curso, Forma e Conteúdo.

- ❖ **Curso** – Quando se avalia o Curso do Pensamento está-se identificando a velocidade que o pensamento ocorre, se normal, acelerada (taquipsiquia) ou lentificada (bradipsiquia). Tanto em condições normais de vida quanto em situações de real comprometimento do pensamento, podem-se notar alterações em seu curso, por exemplo: quando o indivíduo está sob ação de um estado ansioso (normal ou neurótico), ou em estado maníaco, pode-se identificar, na maioria das vezes, uma situação de aceleração do pensamento, não raro acompanhada de "Verborragia" (fala ininterrupta e com prolixidade); já nos estados depressivos ou em condições de fadiga esse pode apresentar seu curso lentificado.
- ❖ **Forma** – Ao ser avaliada a Forma do Pensamento, identificar-se-á a sua estrutura propriamente dita, ou seja, se ele possui ordenação – começo, meio e fim. Em diversos distúrbios do pensamento, o comprometimento da Forma é indicativo de processo de alteração mental mais grave, como, por exemplo, na "Fuga de Idéias", muito freqüente em alguns surtos esquizofrênicos. É possível ter também o fenômeno denominado "Salada de Palavras", que ocorre em diversos episódios psicóticos, onde o discurso do paciente é ininteligível, em ambos os casos os indicativos de alteração estão apontando para problemas mais graves na estrutura mental do paciente.
- ❖ **Conteúdo** – Nesse componente, avaliam-se a substância do pensamento, sua coerência e grau de concordância com a realidade. As alterações nessa instância são extremamente indicativas de grave comprometimento do Juízo de Realidade. As principais alterações são: a Confusão Mental – própria da ruptura psicótica, e de acordo com Sá Jr. (1984) é "...característico das doenças mentais exógenas sintomáticas e tóxicas (sobretudo nas intoxicações agudas) e nas doenças orgânico-cerebrais"<sup>(16)</sup> – e os Delírios.

No que tange aos delírios existem inúmeras classificações de "Tipos de Delírio", de acordo com o seu conteúdo específico. Destacam-se os quatro principais mais freqüentemente observados no Hospital Geral:

- ❖ **Delírio Religioso** – Conteúdo nitidamente ligado a questões da religiosidade do indivíduo (possessões demoníacas, imaginar-se um "Enviado de Deus", etc.).



- ¶ *Delírio Persecutório* – Talvez a subforma delirante mais conhecida. O discurso do paciente é notoriamente voltado a idéias de perseguição; o conteúdo pode variar desde relatos aparentemente verossímeis, mas que não têm sustentação se avaliada a realidade objetiva de vida do paciente, até idéias fantásticas do tipo “extraterrestres querendo seqüestrá-lo”, etc.
- ¶ *Delírio de Interpretação* – O evento delirante manifesta-se a partir das distorções que a pessoa cria quando interpreta fatos, relatos e eventos que ocorrem em sua vida.
- ¶ *Delírio de Referência* – Predomina no paciente a idéia de vergonha, de que existe uma crítica permanente a atos que cometeu e que “Todos Comentam”; tende a interpretar que todas as pessoas se referem a ele e que tais referências são sempre de escárnio ou desvalorização.
- ¶ *Delírio Hipocondríaco* – O tema delirante versa sobre a ameaça à saúde, havendo a convicção que está doente, não existindo prova concreta de alteração orgânica e, muitas vezes, com a eleição de doenças especiais, tais como: câncer, sífilis, tumor cerebral, etc. Como forma delirante e estruturada, pode gerar a busca de tratamento com o convencimento da equipe e eleição de conduta clínica ou cirúrgica.<sup>(17)</sup>

Em determinados tipos de doenças psicossomáticas, o histórico pregresso do paciente aponta para situações delirantes e/ou fóbicas ligadas a patologias específicas, com especial ênfase para o câncer e as doenças cardíacas, antes do surgimento do fenômeno de somatização.

As alterações do Pensamento, particularmente a Confusão Mental, a Fuga de Idéias e a Salada de Palavras, são consideradas Sintomas Primários de Psicose, que, juntamente com distúrbios da Afetividade e da Consciência do Eu, vão possibilitar o diagnóstico de um quadro psicótico (comentar-se-ão a cada item supracitado os sinais específicos que se considera de ordem primária). É fundamental que se saliente que Delírios e Alucinações (sintomas produtivos) são classificados como Sintomas Secundários de Psicose, ou seja, podem não aparecer necessariamente, mas a não-ocorrência destes não significa igualmente a não-ocorrência do episódio psicótico. Esse fenômeno é por vezes desconsiderado pelo psicólogo, o que pode levá-lo a só fazer um diagnóstico de psicose quando da existência de sintomatologia exuberante, que é o caso dos Delírios e Alucinações, e induzi-lo a um erro diagnóstico na medida em que, como já visto, os fatores determinantes de psicose, segundo a classificação de Schneider e Sheldon<sup>(18)</sup> (uma das mais tradicionais), consideram os sintomas primários (supracitados) como os predominantes para o diagnóstico e a ocorrência dos sintomas secundários é relativa, podendo ou não ocorrer.

No Roteiro de Avaliação há uma grade de classificação dos distúrbios de pensamento já especificado se o distúrbio é de Curso, Forma ou Conteúdo e que tipo de alteração foi identificada.

#### 4 Linguagem

Ao se avaliar a linguagem, dedicamo-nos à observação do processo de comunicação verbal e não-verbal manifesto pelo paciente.

A coerência ou não das manifestações verbais e não-verbais (faciais, posturais, gestuais) irá nos dar a medida dos eventuais conflitos que o paciente pode estar vivendo. Para o psicólogo hospitalar, desenvolver uma escuta que atente igualmente para a linguagem corporal e o discurso objetivo do paciente, no contexto de doença e internação, é extremamente importante. Nesse sentido, há dois aspectos: o paciente que se comunica verbalmente e demonstra discrepância entre o discurso e a postura corporal e o paciente que, por razões clínicas, está impossibilitado de falar.

Todo o trabalho do psicólogo depende, em grande parte, daquilo que o paciente informa. Esta informação, diferentemente daquela que os demais colegas da equipe de saúde coletam, é a informação da relação da pessoa com o momento vivido, suas dúvidas, angústias, ansiedades, medos, fantasias, etc. Avalia-se, portanto, o discurso da pessoa doente e não o da doença. Essa escuta particular irá somar-se à escuta que os demais colegas realizam, de forma a proporcionar para a equipe uma leitura da pessoa como um todo.

Avaliar Linguagem é, portanto, avaliar não só o discurso ou a estrutura da fala do paciente mas sim auscultar os diferentes significados do adoecer para aquela pessoa em especial.

Há alguns anos uma colega psicóloga hospitalar fez uma definição poética de nosso trabalho, a qual será transcrita a seguir, pois talvez sintetize muitas das idéias que se propõe a definir o “Fazer” do Psicólogo Hospitalar.

“O Psicólogo Hospitalar é aquele membro da equipe de saúde que possui um ‘estetoscópio’ para auscultar o silêncio do Sofrer...” (Selma, Psicóloga Hospitalar do HSPM-SP 1983).

No Roteiro apresentado no subitem Linguagem, destina-se inicialmente um espaço para as observações que o psicólogo assistente julgar importante fazer acerca do processo de comunicação do paciente; em seguida, segue uma coluna para a indicação de algum distúrbio específico da fala, que também deve ser avaliado, e pode ser indicativo de vários tipos de desordens psíquicas ou neurológicas.



## 5 Memória

A Memória e seus eventuais distúrbios serão avaliados nesse subitem, considerando particularmente as duas principais instâncias ou tipos de ação mnemônica: a Memória de Evocação e a Memória de Fixação.

A *Memória de Evocação* utilizada toda vez que se necessita buscar informações em nosso "arquivo" pode ser chamada de Memória de Fatos Passados.

A *Memória de Fixação* é utilizada todas as vezes que se assimila algo novo (aprendizados, vivências, informações, etc.). Fica claro entender que uma depende da outra e que essas duas, por assim dizer, subformas de memória têm papel fundamental na vida do indivíduo.

Optou-se por utilizar essa classificação porque uma boa parte dos distúrbios observados no hospital geral, no tocante aos aspectos mnemônicos do Aparelho Psíquico, manifesta alterações de uma ou outra subforma. Assim, há no Roteiro listadas as seguintes alterações:

*Alteração da Memória de Fixação* – A mais severa é a Amnésia Anterógrada, caracterizada pela perda da capacidade de assimilar fatos novos. A pessoa apresenta uma espécie de paralisação mnemônica no tempo, ou seja, do período em que se instalou a lesão que provocou o distúrbio para frente esta irá apresentar grandes dificuldades ou até mesmo absoluta incapacidade de registrar e, conseqüentemente, evocar fatos de sua história. Um dos quadros clínicos onde é possível observar tal fenômeno é o do Estado de Psicose Alcoólica que gera a Síndrome de Kossakov<sup>\*\*\*</sup>.

Ainda referente aos distúrbios da Memória de Fixação, há quadros mais freqüentes na realidade hospitalar onde o paciente apresenta dificuldades de Fixação. Esse quadro está associado a diversas causas neuropsicológicas, incluindo (para efeito do presente roteiro) alterações da atenção voluntária e distúrbios da Consciência Clínica (a partir do estado de turvação), bem como associado a estados de Estresse e Fadiga, que não são prerrogativa única de pessoas portadoras de algum tipo de patologia, mas de qualquer indivíduo sadio.

*Alteração na Memória de Evocação* – Normalmente quando se fala em Amnésia, a primeira idéia que vem à cabeça é a da pessoa que "Perdeu a Memória". Esta imagem, bastante conhecida de todos e muitas vezes explorada em filmes e novelas, é o que se chama de Amnésia Retrógrada, ou seja, um distúrbio na capacidade de se buscar no "arquivo" informações, fatos, vivências, etc.

As Amnésias Retrógradas podem ser de vários tipos. Destacar-se-ão: a Amnésia Retrógrada Total, onde a história pregressa do indivíduo simplesmente desaparece de sua memória, e as Amnésias Retrógradas Parciais, onde se tem a chamada Amnésia Lacunar, onde uma parte da história do indivíduo é "apagada", podendo as causas serem de etiologia física ou psíquica. No Campo da Amnésia Lacunar, há no Roteiro um caso específico que é o da Amnésia Pós-Traumática, devido ao fato de essa ocorrer com certa freqüência nos hospitais, sobretudo aqueles que têm unidade de traumatologia. Essa amnésia ocorre como resultado de uma situação traumática aguda e intensa, um acidente automobilístico por exemplo, e na narrativa do paciente o acidente é apagado de sua memória, às vezes todo ou parcialmente, e em alguns casos horas ou até mesmo todo o dia que antecedeu ao acidente desaparecem dos registros mnemônicos evocáveis do indivíduo. Os atuais estudos na área das neurociências apontam tanto para fatores intrapsíquicos (mecanismos de defesa) quanto para fatores bioquímicos (ação de neurotransmissores e catecolaminas produzidos ou lançados no SNC quando do evento traumático) como sendo os causadores do fenômeno. Sob a ótica psicológica, eventos desse porte são amplamente apresentados em estudos de caso, sendo que um dos mais conhecidos é o caso Ana O., descrito por Freud em suas obras<sup>(20)</sup>.

Além das Amnésias, podem-se ter distúrbios que serão chamados de "Velocidade da Memória de Evocação"; nesse caso tem-se a Hipomnésia, um quadro de lentificação da capacidade evocativa, e a Hipermnésia a aceleração da capacidade evocativa. Este segundo caso é narrado por muitas pessoas que viveram uma situação pessoal de morte iminente, onde estas descrevem "ter visto sua vida passando de traz para frente como se fosse um filme em alta velocidade". Em alguns casos de intoxicação por drogas psicoanalépticas e psicodislépticas tanto um como outro fenômeno também são observados.

No Roteiro, todos esses distúrbios estão listados em colunas já associadas à memória de base (se de evocação ou fixação).

## 6 Inteligência/Cognição

Este subitem avalia a capacidade intelectual do paciente e as eventuais alterações que esta possa apresentar. Nesse caso foram utilizados os mesmos recursos tradicionalmente adotados pela psicologia na avaliação de inteligência e cognição.

São alvo de avaliação a inteligência verbal e a não-verbal. Há um item relativo a distúrbios específicos da cognição que podem ocorrer em função de comprometimentos centrais (por exemplo, alterações de prosódia por tumores no hemisfério direito, etc.).

<sup>\*\*\*</sup> Indicamos ao leitor que queira se inteirar das características mais específicas desse quadro a excelente narrativa de um desses casos apresentada na obra de Oliver Sacks "O Homem que Confundiu Sua Mulher com um Chapéu"<sup>(19)</sup>, particularmente o capítulo intitulado "O Marinheiro Perdido".



## 7 Consciência do EU

Neste subitem avaliou-se o que se poderia identificar como a Consciência Qualitativa; ele tem importante função complementar ao subitem 1. Como mencionado anteriormente, os critérios médico e psicológico da avaliação da consciência diferem e é nesse item que o psicólogo encontrará condições de avaliar a "Vida Psíquica" existente no paciente.

É de fundamental importância para a avaliação desse aspecto do psiquismo a retomada de alguns conceitos a seguir descritos.

A estruturação da Consciência do Eu se dá a partir de um sofisticado processo de interações da criança recém-nascida com o mundo, onde as experiências de frustração das necessidades básicas manifestas pela criança através do princípio do prazer vão possibilitar-lhe o início das capacidades de diferenciação dela e do mundo.

A busca de satisfações elementares, como a saciação da fome, do sono, a necessidade de carinho e aconchego, o conforto físico são sentidos e manifestos pela criança já a partir do nascimento. Em poucos dias ela descobre que através do choro possui um poderoso instrumento de resolução de suas necessidades. Estamos aqui diante de um ser que ainda não é capaz de se diferenciar dos outros. Para a criança recém-nascida, ela e o mundo são uma coisa só. As experiências de frustração acima mencionadas somadas às experiências sensoriais e motoras que a criança vai vivendo possibilitam a ela gradativamente a descoberta de um mundo à sua volta (de objetos dela e para ela) que vai aos poucos sendo identificado e onde vão sendo criadas as primeiras relações objetais.

Nesse aspecto, as experiências de frustração darão o tom dissonante à criança que, percebendo-se tolhida da satisfação de uma necessidade (prazer), se inquieta e reage.

Esse rol de experiências tem como ponto de partida principal as vivências corporais da criança, o que equivale dizer que são as primeiras experiências acerca de si mesma pautadas, portanto, num Eu mais primitivo denominado "EU FÍSICO".

É a partir da organização sensoperceptiva e experiencial que a criança descobre seus limites e dimensões, primeiramente corporais e motores que iniciam um processo contínuo de desenvolvimento. O desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e afetivo vão então ocorrer de forma complementar. É interessante ressaltar que as experiências vividas pela criança nesse período irão influenciar todos os potenciais que ela manifesta, advindos de sua carga hereditária e que esses processos formarão a base tanto da Consciência do Eu quanto da Estrutura Afetiva que esse indivíduo terá para o resto de sua vida.

Tem-se, pois, esquematicamente o seguinte processo:

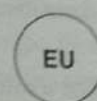


Figura 1

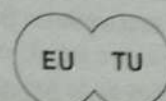


Figura 2

EU ↔ TU

Figura 3

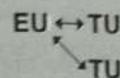


Figura 4

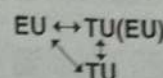


Figura 5

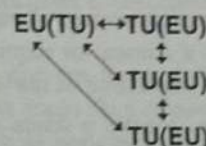


Figura 6

Na Figura 1 tem-se a representação da criança recém-nascida, onde, para ela, ela e o mundo são uma única coisa.

A partir das interações com a figura materna, aos poucos ela vai se apercebendo da existência de um mundo de objetos à sua volta, sendo que o primeiro que começa a identificar e reconhecer é a mãe (Figura 2).

Num terceiro momento, a criança já é capaz de identificar a mãe como um objeto fora dela (mas dela e para ela) (Figura 3).

Aos poucos a criança vai incorporando outros objetos (Tus) a suas relações (pai, avó, etc.) (Figura 4).

Seu desenvolvimento e capacidades perceptivas e cognitivas aprimoram-se e a criança passa a ser capaz de identificar que seus "objetos" relacionam-se entre eles, "à revelia dela". Nesse momento, ela passa a identificar a mãe não só como um objeto, mas também como sujeito (não só a que dá, mas também a que recebe) (Figura 5).

Essa triangulação de relações persiste e aos poucos os outros objetos (pai, avó, etc.) vão também sendo "promovidos" à condição de sujeitos (Eus) (Figura 6). É nesse momento de seu desenvolvimento que ela passa a ser capaz de, por comparação, identificar que os outros são "outros" para ela (na medida que lhe dão coisas – carinho, alimentação, etc.), mas à medida que esses mesmos "outros" recebem (uns dos outros) eles passam a ser sujeitos na relação, e ela que sempre foi sujeito representa para os outros um "outro", ou seja, a criança se dá conta de que ela é um Eu somente para si mesma e que cada pessoa é para si mesma um Eu, sendo que os outros para todos (não só para ela) são Tu, inclusive ela para esses outros



é também um Tu. Nasce, portanto, a Consciência do Eu, que pode ser identificada na criança no momento em que ela deixa de se referir a si mesma na terceira pessoa (o nenê, a Marina, o Julinho) e passa a usar a palavra Eu e seus derivativos (Meu, Minha, etc.).

Estruturou-se a base do EU PSÍQUICO, que irá complementar a estrutura do EU FÍSICO já mais bem formada, compondo, então, o EU (SELF) no sentido mesmo do termo.

Esse processo ocorre ao longo dos dois primeiros anos de vida. De forma lenta e gradativa, a criança vai adquirindo consciência de si mesma e organizando o núcleo mais importante de sua identidade.

Existem aspectos a serem avaliados quando da verificação da higidez da estrutura do Eu, que estão intimamente associados ao processo constitucional deste. Os mais importantes dizem respeito à estruturação dos conceitos de Tempo e Espaço, que serão subdivididos em Tempo Físico e Tempo Psicológico e Espaço Físico e Espaço Psicológico.

Didaticamente foram associados os conceitos e noções de Tempo e Espaço Físicos ao Eu Físico e os de Tempo e Espaço Psicológicos ao Eu Psíquico. Obviamente, a organização do Eu cria uma interface de relação entre essas duas instâncias inalienáveis onde uma depende e interfere por sobre a outra e vice-versa.

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança funciona como base de estruturação de sua corporeidade; o esquema corporal e posteriormente sua auto-imagem organizam-se através das bases neuropsicológicas inatas da criança que passarão por um processo de desenvolvimento e estimulação que irá resultar na percepção organizada do Espaço, não só de seu corpo (suas dimensões, limites e formas de utilização), como também na interação desse corpo com o espaço externo. O Eu Físico estrutura-se então a partir das experiências objetivas e subjetivas que a percepção que a criança tem de seu corpo proporciona a ela, como esse corpo (percebido e dimensionado) existe num espaço físico que é o seu meio de interação. A consciência corporal e espacial passa a ser então incorporada pela criança e essa vai gradativamente sofisticando essas capacidades e estabelecendo relações cada vez mais complexas que estarão sempre ligadas ao grau de estímulo e aprendizado a que é submetida.

Num determinado ponto desse processo, as interpretações perceptivas, as vivências aprendidas e memorizadas, os conceitos morais, culturais e as interações afetivas (primordiais) da criança passam a dar forma também à noção de Espaço Psicológico, onde essa vai adquirindo a capacidade de perceber e simbolizar seu lugar no mundo, nas diversas relações e sistemas que está inserida e na própria relação consigo mesma.

*Pari passu* a esse processo descrito anteriormente, a noção de Tempo (mais subjetiva e sofisticada) começa igualmente a ter lugar. Primeiro a influência dos ciclos circadianos (de base neurológica) auxilia a criança a estabelecer uma relação com o Tempo Físico de uma forma mais concreta (dia e noite por exemplo), aos poucos noções simbolizadas por nossa cultura em relação ao tempo são passadas para a criança (manhã, tarde, noite, horas, dias, meses, anos, etc.). Por serem conceitos mais subjetivos, eles ocorrem numa velocidade menor que a da organização espacial. A criança gradativamente incorpora esses conhecimentos e passa a ser capaz de simbolizar o Tempo Físico.

A partir dos sete anos aproximadamente é que nos tornamos capazes de simbolizar o Tempo Psicológico. Adquirimos uma noção clara de nossa finitude; a consciência da inexorabilidade e irreversibilidade da morte tem papel primordial nesse contexto. Tornamo-nos capazes de ver a vida sobre uma ótica de historicidade (passado, presente e futuro), tendo no passado a representação mesma de nossa história (a bagagem de experiências e vivências que carregamos e utilizamos por exemplo). Identificamos nosso lugar na relação consigo mesmo (ser-em-si) e com o mundo (ser-no-mundo) – Espaço Psicológico –, e percebemos que é no presente (agora) que somos capazes de intervir e realizar a nossa história. Projeta-mo-nos para o futuro com as perspectivas e desejos de vir-a-ser e com a angústia de saber que também viremos-a-não-ser-mais. Estrutura-se, portanto, a consciência de Tempo Psicológico.

Como o leitor pode observar, a base de nossa identidade, integridade de nossa personalidade está alicerçada nessas estruturas. Não temos a pretensão, e nem é proposta desse capítulo, de aprofundar e esgotar questões tão complexas quanto as da formação da Consciência do Eu; a intenção é relembrar elementos fundamentais desse processo para justificar a presença de determinados aspectos de avaliação no Roteiro e de dar o devido destaque a esse componente tão fundamental do aparelho psíquico.

Retomando o Roteiro, no item Consciência do Eu há uma lista para serem assinaladas as alterações observadas, a saber: Normal, Alteração no "Eu Físico", Alteração no "Eu Psíquico", Ruptura Psicótica, Estranheza de Si Mesmo, Despersonalização, Estranheza do Outro, Alterações na Orientação Autopsíquica (Tempo e Espaço Psicológicos) e Alteração na Orientação Alo Psíquica (Tempo e Espaço Físicos).

No caso da pessoa hospitalizada, a identificação de Alteração no Eu Físico está quase sempre presente; o grau desse comprometimento e suas implicações sobre a estrutura da Consciência do Eu deverão ser avaliados pelo psicólogo assistente, considerando os itens indicados.



## 8 Afetividade

A afetividade compõe o terceiro item que irá propiciar ao psicólogo assistente a possibilidade de realização de diagnóstico diferencial de psicose, como antes salientado.

Ao ser avaliada a afetividade, deparamo-nos com algumas dificuldades técnicas que, muitas vezes, a psicologia encontra, pois vários termos utilizados são igualmente usados pela população em geral, mas com outro sentido. É o caso em questão, normalmente as pessoas definem afetividade como amor, carinho, etc. Do ponto de vista constitucional do Aparelho Psíquico, pode-se definir Afeto como sendo: "*A forma do indivíduo lidar com presenças e ausências na vida*".

Passemos, então, a uma breve discussão acerca dessa definição:

Vimos que a estruturação da consciência do Eu passa por um intrincado processo de relações da criança com o mundo (mãe, pai, avós, etc.) e que aos poucos as experiências de troca (dar, receber, negar-se a dar, esperar receber e frustrar-se por não ter correspondência e assim por diante) é que irão propiciar à criança a dimensão do si mesmo e do outro; essas experiências são o cerne da estruturação afetiva. Se nos reportarmos à definição acima descrita, podemos associar o lide do indivíduo com as presenças e ausências ao dar e receber, ao ganhar e perder, ao prazer e à frustração, ao ser e não ser, à vida e à morte, enfim ao confronto dessas vivências emocionalmente opostas que em suas manifestações irão dar à criança, e mais tarde ao adulto, a dimensão pessoal que ele terá dos vínculos afetivos, de sua relação com o mundo de seu autoconceito e de sua auto-estima.

Para poder entender de forma mais filosófica esse conceito será desenvolvida uma ilustração sobre isso.

Tomemos na mão um copo descartável vazio. Se eu amassá-lo de forma a transformá-lo numa bolinha de papel eu tenho o copo?

Responderíamos a essa pergunta dizendo que não, pelo menos não para que ele possa prestar-se ao seu fim.

Pois bem, se hipoteticamente eu pudesse tirar o vazio de dentro do copo, deixando-o em cima da mesa e desprezando a casca de papel eu teria o copo?

Nesse caso também responderíamos que não, como iríamos colocar água no vazio sem ter paredes para contê-la?

Pois bem, o que é o copo então? O vazio de dentro dele, ou a casca de papel que envolve esse vazio?

Ora, o copo é a casca mais o vazio! Alegoricamente pode-se dizer que a casca de papel é o "ser" do copo e o vazio dentro desta é o "não-ser do copo", mas o

copo só tem entidade se o entendermos como a união harmônica do seu "ser" com o seu "não-ser".

É o mesmo raciocínio desenvolvido quando descrita a estruturação da Consciência do Eu: Para que Eu saiba que Eu sou Eu, eu necessito de um Não-Eu (Tu) que eu possa identificar como não sendo Eu para assim ter a noção exata de que Eu sou Eu!

Bem, jogo de palavras à parte, o fato é que sem a constatação da existência do outro como referencial para mim mesmo, eu não seria capaz de me diferenciar do mundo.

Portanto, necessitamos dos opostos para que o confronto entre eles possa nos possibilitar as noções de existência e entidade, o que equivale dizer que presença e ausência não são (nesse sentido) opostos, mas sim complementares.

A Afetividade forma-se, portanto, *pari passu* à estruturação da Consciência do Eu, a experiência afetiva é que dará o tom e a dimensão para a estruturação do Eu e essa possibilitará a organização do *locus* da experiência afetiva.

Quanto às alterações que a Afetividade pode experimentar destacam-se no Roteiro: Depressão, Mania, Labilidade Afetiva, Ambivalência Afetiva, Amorfismo Afetivo, Angústia (no caso subdividida em Angústia de Morte e Angústia Existencial) e Ansiedade (também subdividida em Ansiedade Neurótica e Ansiedade Reativa).

### ▼ Depressão

Atualmente, referimo-nos a *Depressões*, à medida que existem várias subformas de manifestação desta. Destacaremos as chamadas Depressões Patológicas (Depressão Maior e Distímias DSM-III-R<sup>(21)</sup>) e as Depressões Reativas (Luto sem Complicação DSM-III-R<sup>(21)</sup>).

No primeiro caso há quadros psicopatológicos definidos da seguinte forma (no que tange a sinais e sintomas):

- Ambivalência afetiva – Caracterizada sobretudo pela querelância e refratariedade que o paciente apresenta.
- Amorfismo Afetivo – Caracterizado pela incapacidade de modular as emoções e qualificá-las.
- Culpa Exacerbada.
- Isolamento.
- Idéias autodestrutivas.
- Insônia (predominantemente) ou Hipersonia.
- Prostração.



- Agitação Psicomotora (predominando inquietação).
- Perturbações do apetite (com predominância de inapetência, podendo evoluir para quadros anoréxicos).
- Não-percepção dos motivos que geram esse estado (com eleição de "bodes expiatórios" que se alternam rapidamente).
- Profundo estreitamento das perspectivas existenciais.
- Persistência dos sintomas acima descritos por mais de duas semanas.

No segundo caso observam-se situações mais atenuadas, onde se destacam:

- Entristecimento, todavia com permanência de perspectivas existenciais.
- Situação de perda (luto) claramente localizada no tempo e espaço histórico do indivíduo e por ele percebida.
- Empobrecimento do afeto, mas sem perda da capacidade de modulação qualitativa.
- Sentimento de angústia ligada ao contexto de perda.

No contexto hospitalar, a maioria dos quadros depressivos encontrados pertence ao segundo grupo, mas é importante frisar que a persistência, intensidade e sobretudo a forma como o indivíduo elabora a situação de perda podem levar ao desdobramento do quadro depressivo reativo para um quadro depressivo patológico.

Destacam-se a seguir as principais subformas depressivas mais frequentemente encontradas no hospital:

- Depressão de pós-operatório.
- Depressão reativa de pós-parto (não confundir com a depressão puerperal); a primeira está associada ao segundo grupo de sinais e sintomas acima descritos, já a segunda pertence ao primeiro grupo (depressão patológica) e é mais rara sua ocorrência.
- Depressão frente a situações críticas de morte iminente (segundo os conceitos desenvolvidos por Kubler-Ross<sup>(9)</sup>, Stedford<sup>(10)</sup>).
- Depressão como sintoma de processo de Angústia de Morte (descrita a seguir).
- Depressão frente à perda definitiva de objetos (Amputações, Diagnóstico de Doenças Crônicas, etc.).

- Depressão por Estresse Hospitalar (Ligada à fase de Exaustão dentro dos critérios de Síndrome Geral de Adaptação de Selye<sup>(22)</sup> e/ou ao quadro de Hospitalismo de Spitz<sup>(23)</sup>).

#### Mania

Quadro clássico caracterizado por um estado intenso de elevação do humor, podendo inclusive se apresentar associado a delírios (predominantemente de grandeza).

#### Labilidade Afetiva

Caracteriza-se pela profunda fragilidade da capacidade de reação a eventos que mobilizem o indivíduo (tanto positivos quanto negativos); via de regra, o que se observa é uma exacerbação da reação, como choro fácil, ou explosões de riso, desencadeadas por circunstâncias que não justificam a intensidade da reação, embora justifiquem a reação.

#### Ambivalência Afetiva

As reações do indivíduo frente a eventos e vínculos é absolutamente dúbia, chegando muitas vezes ao ponto da bizarria, onde, por exemplo, comportamentos literalmente opostos são manifestos ao mesmo tempo (rir e chorar simultaneamente, ou como presenciamos certa vez a paciente em surto intitulava-se "Uma Santa-Prostituta").

#### Angústia

Destacam-se no roteiro duas subformas de angústia: a Existencial e a de Morte.

A primeira enquadra-se no rol de todos os processos de angústia que o indivíduo pode enfrentar ao longo da vida. No contexto hospitalar, as perdas, os sentimentos de impotência, de abandono, etc. são os mais frequentes desencadeadores desse processo. Já a Angústia de Morte está associada à vivência específica da experiência de morte iminente. É importante ressaltar que esse processo remonta a mais primeva e aterradora ameaça que o homem pode enfrentar: a de sua aniquilação (a mais profunda, absoluta e irreversível perda em sua existência). É óbvio que pelas circunstâncias que muitas pessoas são levadas à internação hospitalar, esse fator está presente, mas, em alguns casos, a experiência de morte se dá através do outro (colega de enfermagem, por exemplo), e que em sua condição fragilizada identifica-se projetivamente com a pessoa que morreu, independentemente de seu quadro clínico representar alto risco de vida. A Angústia de Morte instala-se a partir da vivência intensa de ameaça à vida e diferentemente dos processos de angústia que nos habituamos a acompanhar em consultório, que evoluem gradativamente através do processo terapêutico, onde as defesas e resistências vão sendo paulatinamente



eliminadas. Na Angústia de Morte, a pessoa se vê repentinamente nesse estado, o que gera uma condição emocional ainda mais fragilizada do que aquela que se apresenta num processo de Angústia Existencial. É de fundamental importância a presença do psicólogo nesse momento, pois propiciar ao paciente um espaço estruturado para a manifestação e elaboração dessa angústia pode ser inclusive fator determinante entre a opção pela vida ou pela morte (no caso de uma angústia desencadeada pela vivência de morte iminente, mas sem necessariamente persistir o risco de vida no paciente); nos casos onde a inexorabilidade da morte está ligada ao próprio prognóstico da doença, a possibilidade de enfrentamento dessa angústia para uma elaboração mais consistente do desapego pode atenuar, em muito, o sofrimento emocional da pessoa.

#### ❖ *Ansiedade*

Serão destacadas duas subformas: a Reativa e a Neurótica para que se possa diferenciar aquela ansiedade que se manifesta pelas expectativas, medos, fantasias que podem ocorrer à pessoa hospitalizada advindas da situação vivencial concreta de doença, tratamento e internação (Reativa) daquela infundada (objetivamente) própria dos processos neuróticos, onde a sensação de ameaça iminente, de "algo de errado", mas sem fatores exógenos desencadeantes é manifesta pelo paciente.

O roteiro nesse subitem apresenta relação dos sintomas afetivos acima descritos, com os respectivos espaços para que o psicólogo assistente possa assinalar suas observações.

## 9 *Motivação e Volição*

Este subitem aborda a relação entre intenção e ação na realização dos desejos. São avaliadas as atitudes do paciente em relação àquilo que manifesta como algo que tem a intenção de realizar, ou seja, se existe coerência entre o desejo interno e a capacidade de operacionalizá-lo. Serão estipuladas três instâncias de avaliação:

#### ❖ *Deseja e Operacionaliza (normal)*

❖ *Deseja e Não Operacionaliza* – Sobre esse aspecto foram identificadas as dificuldades que a pessoa apresenta para pôr em prática (e buscar) a realização de seus desejos e até mesmo necessidades. No contexto hospitalar, as próprias limitações impostas pelas condições de doença, internação e/ou tratamento via de regra impõem dificuldades à pessoa, gerando esse estado.

❖ *Não Deseja* – Esse padrão de comportamento normalmente aparece associado a estados mais profundos de depressão, que são também freqüentes nas condições de doença e internação.

A avaliação desse subitem dá ao psicólogo assistente a possibilidade de avaliar o grau de comprometimento que o paciente pode apresentar em relação à aceitação da internação e tratamento (grau de aderência), e é importante fonte de fornecimento de dados sobre o estágio de elaboração do Ser/Estar doente.

Como salientado no início da descrição do item Exame Psíquico, esse pode ser utilizado como integrante do Roteiro de Avaliação ou ser usado em separado para avaliação específica do estado psicológico do paciente hospitalizado. Procurou-se destacar os aspectos mais relevantes que se podem encontrar nas condições de hospitalização e dar-se ao leitor um breve esboço sobre os conceitos e definições dos diversos itens que são avaliados nesse Exame. Como já dito, a intenção não é aprofundar nesse capítulo os aspectos psicodinâmicos e psicopatológicos que se aborda no Roteiro, mas sim dar ao leitor parâmetros de compreensão dos diversos sinais, sintomas e outras manifestações psicológicas e fornecer (ao fim deste) um roteiro de estudos para quem se interessar em aprofundar os estudos na área.

## 9 MANIFESTAÇÕES PSÍQUICAS E COMPORTAMENTAIS

Este item encontra-se a seguir do EXAME PSÍQUICO, para colaborar na elaboração do Diagnóstico Diferencial trazendo a característica de graduação: SEM DADOS, MODERADA e ACENTUADA, das Manifestações Psíquicas e Comportamentais mais freqüentemente encontradas no Hospital Geral. Assim, seu objetivo é auxiliar na elaboração do perfil psicológico estrutural, psicodinâmico e circunstancial decorrente da relação que o paciente estabelece com a doença, tratamento e hospitalização.

❖ *Culpa* – Observa-se a ocorrência desta manifestação psíquica nas depressões reativas e na Depressão Maior, sendo importante a distinção do objeto (interno ou externo) envolvido no fenômeno de culpabilização, o tempo que esta faz parte do repertório psíquico do indivíduo e se é de natureza mórbida ou reparadora. Freqüentemente, vê-se associada a manifestação de auto-referência no processo de elaboração da doença, tratamento e hospitalização.

❖ *Negação* – Mecanismo de defesa cuja característica é a não-inclusão de afetos ameaçadores à estrutura egóica do indivíduo diante de uma situação



atual. Faz-se necessária a avaliação da magnitude e utilidade do mesmo frente ao enfrentamento da crise do adoecer, podendo dar indício da fragilidade egóica quer seja de ordem estrutural ou circunstancial (esse mecanismo foi anteriormente descrito em detalhes, vide *item 5*).

- ❖ **Raiva** – Manifestação da pulsão agressiva, direcionada de modo a proteger o indivíduo diante de situação tida como ameaçadora, frente à sensação de invasão imposta pela hospitalização e tratamento, onde as relações estabelecidas são permeadas por este matiz, estabelecendo contato com o outro de forma ativa, porém muitas vezes desorganizada (essa manifestação foi discutida detalhadamente no *item 5*).
- ❖ **Hostilidade** – Esta manifestação comportamental dá indício de resposta impulsiva frente ao meio ambiente, direcionada às pessoas que têm contato mais próximo com o paciente, denotando forma primitiva de estabelecimento de contato, onde outro passa a ser solicitado ao contato de maneira agressiva. Pode dar indício de descontrole sobre a impulsividade, bem como a noção que a presença do outro é tida como invasiva ao paciente e a aparente força proporcionada pela hostilidade pode indicar fragilidade, sendo uma forma de resposta reativa frente à situação ameaçadora.
- ❖ **Fantasia** – Demonstram a capacidade criativa do indivíduo no mundo interno e externo, indicando uma das formas de trabalho mental, podendo ser estruturadas com dados de realidade ou não, serem absolutamente fantásticas, apontando para o comprometimento do Juízo de Realidade. Na situação de hospitalização podem surgir relacionadas à expectativa diante de algum evento desconhecido do repertório do indivíduo, tais como: exames e procedimentos técnicos, os quais o paciente procura fazer uma prospecção do futuro próximo e estabelecer formas de reação frente ao mesmo, organizando-se e administrando a ansiedade.
- ❖ **Fantasia Móbida** – É a fantasia de conteúdo mórbido, revela temores relacionados à crise do adoecer, tratamento e hospitalização, conserva as mesmas características descritas acima e indica formas cognitivas de intervenção em nível psicológico. A perniciosidade desse mecanismo repousa no fato de as elaborações fantásticas estarem associadas ao processo de doença, internação e tratamento e/ou à equipe de saúde, sempre com conteúdos de características destrutivas ou ameaçadoras.
- ❖ **Frustração** – Reação normal do indivíduo diante de perdas ou privação de prazer. No caso do doente hospitalizado, observa-se este sentimento em situações de recidiva de doenças crônicas, ou insucesso de condutas de tratamento, além de projetos de vida comprometidos pela perda da saúde.

Apesar de ser freqüentemente associada a estados depressivos, pode também estar relacionada à fase de Revolta; nesse caso, ao contrário da característica passiva associada à depressão, a manifestação é ativa, mobilizada pela energia subjacente à raiva.

- ❖ **Impotência** – Condição encontrada frente à impossibilidade de reação à situação vivenciada na atualidade pela pessoa. Encontra-se acompanhada por auto-estima rebaixada, sentimento de menos-valia. Note-se que é uma manifestação psíquica sujeita também ao confronto com dados de realidade, ou seja, pode haver discrepância entre a impotência apresentada e a magnitude do evento externo.
- ❖ **Insegurança** – Sensação de perda de referências familiares, como a impotência indica a fragilidade egóica, podendo estar presente em estados ansiosos, onde é possível identificar aspectos relacionados com a situação de doença e hospitalização, ou em casos onde a característica da ansiedade é própria de processos neuróticos, onde tal manifestação não encontra algo objetivo que gere insegurança, surge de modo infundado e faz parte do humor basal do indivíduo.
- ❖ **Fracasso** – Como a frustração, o fracasso aponta a insatisfação, porém, esta é direcionada a si próprio, com rebaixamento da auto-estima e sentimento claro de menos-valia, podendo indicar estado depressivo ou Depressão Maior, de acordo com a intensidade do mesmo.
- ❖ **Regressão** – Considera-se seu aspecto comportamental de retorno a uma forma de se relacionar com o meio ambiente, do ponto de vista de maturidade emocional, sendo importante observar o uso e constância de tal forma de funcionamento, se é circunstancial a algum evento ou procedimento de tratamento ou se é pertinente a comprometimento das funções avaliadas no Exame Psíquico, indicando quadros psicopatológicos mórbidos, tais como: Demências, Psicoses Endógenas ou Exógenas.
- ❖ **Dependência** – Esta manifestação psíquica indica a busca de fortalecimento egóico através da identificação projetiva estabelecida com um outro considerado potente, onde o indivíduo faz uso de tal relação para enfrentamento da situação ameaçadora, passando a delegar a esse outro (equipe de saúde, família) a resolução dos passos de tratamento ou da própria vida, assumindo a postura passiva sem a reflexão a respeito das implicações dos eventos que ocorrem à sua volta. Destaca-se que a Drogadição deve ser assinalada no Exame Psíquico, *item 8* desta avaliação e, portanto, distinta da descrição realizada acima. É importante salientar que as condições despersonalizantes impostas pela hospitalização são fator desencadeante de sentimentos regressivos dada a dependência e a atitude infantilizadora que muitas vezes é imposta ao paciente, criando uma situação onde a capaci-



dade de ser determinante de sua história é substituída por uma vivência real de ser determinado.

- ▼ **Conformismo** – Comportamento preenchido pela passividade, falta de questionamento, resignação frente ao evento da doença, tratamento e hospitalização, podendo acompanhar o estado depressivo e aparentar Aceitação da crise que se instalou; porém, tem por característica a falsa adaptação à situação atual, que muitas vezes encobre dúvidas, medos, fantasias mórbidas entre outras coisas, gerando desconforto psíquico intenso.
- ▼ **Projeção** – Mecanismo de defesa onde ocorre a projeção de conteúdos do mundo interno do indivíduo, os quais não consegue integrar na consciência e reconhecer como seus e, portanto, pertencentes ao seu *self*. Revela fragilidade da estrutura egóica, podendo estar relacionado com comprometimento da personalidade em nível de ruptura psicótica, quando acentuada, ou ser circunstancial e moderada frente a um evento estressor e passível de reorganização e percepção do mesmo. Pode-se observar ainda o recurso que tal mecanismo oferece no uso de objetos intermediários para elaboração, tais como: técnicas gráficas, colagem e entre outros.
- ▼ **Isolamento** – Esta manifestação é aqui considerada como uma forma de retirada, de retraimento do indivíduo quanto ao convívio social. Considera-se, então, sob esse prisma, que a hospitalização pode gerar tal condição, por condutas de tratamento (ex. Unidade de Isolamento, UTI, etc.), bem como as seqüelas geradas em nível de Esquema Corporal (Alopécia, Mutilações, Ostomias, etc.) que ocasionam a “morte social”, onde a pessoa passa a ser excluída do convívio social e a assumir a condição de paciente, ou daquele que está próximo da morte, ocasionando o distanciamento entre a pessoa doente e o meio social e conseqüente troca afetiva.
- ▼ **Desamparo** – Considera-se esta manifestação em relação a seu espectro institucional gerado pela hospitalização. Esta implica na perda de referenciais significativos na vida do indivíduo, desde sua rotina de vida, seus hábitos, costumes, perda da autonomia, do controle sobre seu destino, passando a ter que incorporar em seu repertório novas regras de organização. Desprovido de seus referenciais, pode-se ver que a adaptação exigida na hospitalização, com o distanciamento de vínculos significativos, horários rígidos de visita de familiares, pode suscitar a ocorrência da falta de esteio em nível psicológico, colaborando para instalação de depressão reativa de natureza ambiental significativa, sendo também foco de intervenção para minimização do estado de desamparo.
- ▼ **Pânico** – Estado psicológico onde há prevalência da resposta impulsiva frente à situação ameaçadora, muitas vezes com a utilização de mecanis-

mos de defesa insatisfatórios para administração da angústia que a acompanha, podendo chegar à resposta comportamental de fuga hospitalar, frente ao descontrole sobre a situação de hospitalização e tratamento. É necessária a avaliação dos recursos passíveis de serem administrados (medicamentosos ou não) para diminuição do limiar da ansiedade que neste estado assume a intensidade alta.

- ▼ **Desconfiança** – Manifestação psíquica relacionada à tentativa de manter o controle ativo frente à situação percebida como ameaçadora. Esta pode ser relacionada à situação nova, desconhecida e nunca experienciada pela pessoa, muito comum nas internações hospitalares. Ressalta-se que a desconfiança pode surgir como manifestação de quadros psicopatológicos de ordem endógena ou exógena, onde ocorre alteração ao nível do Juízo de Realidade (particularmente nos casos de delírio persecutório) e, desta forma, a crítica em relação à percepção encontra-se comprometida.
- ▼ **Despessoalização** – Manifestação decorrente da hospitalização, a qual implica na perda dos referenciais ao nível existencial, ou seja, o indivíduo que é internado é destituído de sua condição de pessoa com suas particularidades e singularidades, deixa de ser o sr. Fulano, é destituído de seus objetos pessoais, seus hábitos (sono, alimentação, higiene pessoal, lazer, trabalho, estudo, laços afetivos, etc.) serão excluídos parcialmente durante a internação, passando a adquirir as regras e costumes do ambiente que agora vivenciará. A intensidade desta manifestação pode variar de acordo com a idade da pessoa, o tempo de internação e a flexibilidade da instituição e profissionais que a compõe. Pode também levar a rebaixamento da auto-estima, adaptação exagerada ao ambiente, ansiedade, insegurança, etc., sendo importante a avaliação e intervenção no ambiente para melhora da qualidade de vida durante a hospitalização.
- ▼ **Esperança** – Manifestação psíquica que demonstra a permanência de projeto de vida e expectativas frente a esta. Deve-se observar a relação que há entre a esperança e a viabilidade de concretização do projeto e a reação frente à possibilidade de não-realização do desejo e estar atento para os projetos ligados ao próprio tratamento e como a equipe e a família estão lidando com esse aspecto identificado no paciente, se a esperança é *pari passu* acompanhada por dados de realidade ou se há uma suplantação destes em favor do alívio que esta causa a ambos e pode gerar frustração dada a impossibilidade de realizar o projeto.
- ▼ **Ambigüidade** – Manifestação psíquica caracterizada pelo *duplo sentido* ou pelo conflito de opção, onde a interpretação dada ao ocorrido apresenta duplo significado, havendo a presença da dúvida, da incerteza, da angústia.



A comunicação que se estabelece na internação frequentemente apresenta tal característica, bem como a própria situação de tratamento pode também apresentar-se ambígua. Exemplificando, pode-se citar uma situação onde a paciente é posta frente a um dilema de opção entre a mastectomia ou a evolução do câncer para a morte. Nos dois casos, as perdas subjacentes à opção são profundamente graves e angustiantes, podendo gerar, então, o sentimento de ambigüidade.

- ❖ *Hospitalismo + (positivo)\*\*\*\** – Esta manifestação comportamental é tida como positiva quando ocorre a adaptação à internação e à rotina hospitalar de forma a substituir aspectos carentes do indivíduo, de maneira a reforçar sua auto-estima nos vínculos afetivos estabelecidos com a equipe de saúde em detrimento dos vínculos familiares e grupos sociais nos quais está inserido. Pode-se observar que de acordo com as condições socioeconômicas de nosso país, no que se refere à moradia e condições básicas de sobrevivência de nossa população, o hospital pode representar um “serviço de hotelaria”, oferecendo: alimentação, local para dormir, em condições melhores do que muitos pacientes estão acostumados a ter, atenção e cuidados, além de outros, criando condições de vida que levam o paciente a preferir ficar hospitalizado a voltar a enfrentar as penúrias sociais a que está submetido.
- ❖ *Hospitalismo – (negativo)* – Esta manifestação comportamental é aqui considerada nos termos descritos por Spitz<sup>(23)</sup>, que tem em seu bojo a questão do desamparo, atingindo de forma aguda a estrutura de personalidade, podendo colaborar com a manutenção de estados depressivos. Ressalta-se que a permanência prolongada ou as internações subsequentes fazem agravar o estado de hospitalismo no adulto, que, apesar de ter mecanismos de defesa estruturados, está sujeito à falência dos mesmos e a desenvolver atitude de rejeição à instituição hospitalar.
- ❖ *Estresse Psicorgânico* – Estresse identificado comumente após exigência física ou psicológica com alteração em ambas as esferas do indivíduo, podendo ser observado em pós-operatório, pós-quimioterapia, diálise, etc., bem como em situações de alteração do ciclo circadiano, traumas psicológicos como nas perdas abruptas, vivências traumáticas, internação em UTI, etc. Reportamos o leitor aos trabalhos sobre Síndrome Geral de Adaptação de Selye<sup>(22)</sup>.

\*\*\*\* Os termos positivo e negativo são utilizados nesse caso para identificar a interpretação exacerbada que o paciente tem em relação à sua hospitalização, sendo que nos dois casos os sentimentos em questão são perniciosos ao mesmo.

- ❖ *Agitação Psicomotora* – Comportamento observado onde há ocorrência de movimentos que fogem ao controle voluntário do indivíduo, podendo ser resultante de alterações orgânicas ou psicológicas, dando indício de alteração psicopatológica ou neurológica no mesmo.
- ❖ *Agressividade Autodirigida* – Manifestação da pulsão agressiva direcionada ao próprio indivíduo, podendo ser comportamental, como a automutilação, ou verbal, com auto-referência e autodepreciação.
- ❖ *Agressividade Alo Dirigida* – Manifestação da pulsão agressiva direcionada ao meio ambiente, podendo estar presente à agressão física ou verbal.
- ❖ *Medo Real* – Emoção ligada a um evento do mundo interno que afete a auto-estima ou ao mundo externo, sendo o mesmo sujeito ao Juízo de Realidade. A vivência da possibilidade de morrer é um exemplo do contato com o medo, presente na hospitalização, sendo importante a identificação dos mecanismos adaptativos utilizados pelo paciente, se há paralisação ou desencadeia o movimento de autopreservação.
- ❖ *Medo Fantasmático* – Emoção ligada a evento do mundo interno ou externo que não está sujeito ao Juízo de Realidade, não há identificação clara do objeto ameaçador, este é indiferenciado, desencadeando mecanismos primitivos de enfrentamento, sendo presente a ansiedade de característica psicótica, intensa e confusional.
- ❖ *Comportamento Fóbico* – Atitude de evitação ou franca fuga de situação, objeto ou ser, que desencadeia ansiedade incontrolável e temor intenso. De acordo com Helmchen (1979), o temor é reconhecido intelectualmente como “...impróprio, exagerado, não fundamentado e se acompanha de experiência subjetiva de resistência interna que se lhe opõe. A consciência (insight) do caráter mórbido pode ser total, parcial ou temporária. As fobias induzem a determinados atos, as chamadas condutas de fuga.”<sup>(17)</sup>
- ❖ *Sensação de Punição* – Na vigência do tratamento pode ser observada a sensação de punição ou castigo relacionada à doença onde há uma prevalência de sentimento de auto-referência, que poderá ser susceptível de elaboração caso seja um estado depressivo reativo ou, caso seja uma Depressão Maior, estará relacionada a uma forma específica de auto-referência não-susceptível à intelectualização e a dados de realidade.
- ❖ *Sensação de Abandono* – Característica do desamparo, podendo ser esta real, por distanciamento de familiares ou da própria equipe de saúde, denotando dificuldade de comunicação e troca afetiva com o paciente, afetando a auto-estima de forma significativa, bem como a aderência ao tratamento.



- ❖ *Limitação de Atividades* – Pode ser ocasionada pela própria doença ou tratamento, com déficit temporário ou definitivo de locomoção, postural, de comunicação, proporcionando campo para a passividade frente à hospitalização e à vida.
- ❖ *Conflitos quanto à Privacidade* – Alteração na condição de intimidade, podendo ser devido à despersonalização gerada pela internação, como relacionada à história da pessoa, com a perda da sensação de particularidade e acompanhada de sensação de invasão.
- ❖ *Privação da Liberdade* – Manifestação pertinente à internação com a imersão em regras e rotinas as quais o indivíduo não pode transpor sem estar sujeito a sanções da instituição.
- ❖ *Perda da Autonomia* – A doença, hospitalização e tratamento ocasionam a perda do controle sobre o destino da pessoa, que pode ser percebida como total ou parcial, variando para compreensão do fenômeno a inter-relação entre os limites e possibilidades reais impostos pela crise do adoecer e a forma de elaboração da doença e a flexibilidade existente na equipe de saúde e família, ou seja, se é incentivado ou não o exercício da autonomia e condição de agente sobre sua própria vida no que concerne ao paciente assistido por esta.
- ❖ *Esquema Corporal Modificado* – Alteração concreta no corpo do indivíduo, em que está implicada a consciência corporal e a representação psíquica do mesmo. Presente nas cirurgias mutilatórias, ostomias, CAPD, Cateteres, etc. É importante observar e intervir na elaboração da perda ou alteração ocasionada pela doença e tratamento, visando auxiliar na reconstrução do corpo modificado e seu significado na auto-estima e retorno à vida diária.
- ❖ *Conflitos na Área da Sexualidade* – Conflitos pregressos ou posteriores à situação de hospitalização, doença e tratamento apontam para a questão da identidade sexual e sexuada e para a condição de ser e estar no mundo, a busca de prazer e vínculos significativos com parceiro afetivo-sexual e amoroso. Observa-se a intensidade de conflitos que a doença pode estar impondo neste item e vice-versa.

## 10 DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Como visto no início desse capítulo, o diagnóstico psicológico a que esse item se refere é o da condição psíquica circunstancial do paciente, pois a ocorrência de

distúrbios de ordem psicopatológica no Hospital Geral é exceção, sendo que na maioria dos casos são encontradas situações conflitivas oriundas do processo de doença, tratamento e hospitalização.

## 11 FOCOS PRINCIPAIS

Esse espaço destina-se à colocação dos principais focos de conflito a serem trabalhados pelo psicólogo assistente. O conceito de foco aqui utilizado é o que Fiorinni<sup>(24)</sup> e Small<sup>(1)</sup> abordam em suas obras.

## 12 CONDUTA

Este espaço destina-se à colocação das condutas psicológicas que serão adotadas em relação ao caso, por exemplo:

- ❖ Psicoterapia breve focal.
- ❖ Orientação em relação à cirurgia.
- ❖ Avaliação familiar, etc.

De uma avaliação para outra, as condutas, assim como os focos podem sofrer mudanças devido à própria dinâmica do processo de doença, tratamento e internação, sendo necessário, então, o estabelecimento de novas estratégias de acompanhamento.

## 13 SÍNTESE

Esse espaço destina-se à confecção da síntese da avaliação aplicada, cujo objetivo é fornecer à equipe de saúde uma visão geral do estado psicológico do paciente e nortear o psicólogo assistente em relação à evolução do caso.

A partir da síntese de diversas avaliações é possível desenvolver relatórios de encaminhamento, pareceres, etc.

## Agradecimentos

Ao fim desse trabalho, gostaríamos de agradecer a todos os colegas que auxiliaram ao longo dos últimos dez no aprimoramento do Roteiro que acaba-



mos de apresentar. Abaixo são listadas algumas das instituições cujas equipes de psicologia hospitalar participaram ativamente no desenvolvimento desse Roteiro:

- Hospital e Maternidade Pan-Americano (São Paulo – SP).
- Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo (Eq. Cardiopulmonar Prof. Edgard. San Juan – SP).
- Hospital Escola da Faculdade de Medicina da Universidade São Francisco (Bragança Paulista – SP).
- Santa Casa de Misericórdia de Itatiba (SP).
- Hospital das Forças Armadas (Brasília – DF).
- Hospital Regional da Asa Norte (Brasília – DF).
- Hospital Araújo Jorge (Goiânia – GO).
- Hospital Santa Genoveva (Goiânia GO).
- Hospital de Clínicas da UFGO (Goiânia – GO).
- Santa Casa de Misericórdia de Assis (SP).
- Hospital das Indústrias do Açúcar e do Alcool (Maceió – AL).
- Santa Casa de Misericórdia de Maceió (Maceió – AL).
- Hospital Universitário da UFMG (Uberlândia – MG).
- Hospital Santa Edwiges (Campinas – SP).
- Hospital Samaritano (Campinas – SP).
- Hospital São Vicente de Paula (Jundiaí – S.P.).
- Hospital Brigadeiro SUS (São Paulo – SP).
- Santa Casa de Misericórdia de Caçapava (Caçapava – SP).
- Santa Casa de Misericórdia de Itanhandu (Itanhandu – MG).
- Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (São Paulo – SP).
- Hospital Don Silvério Pimentel (São Paulo – SP).
- Hospital Voluntários (São Paulo – SP).
- Instituto do Coração (Belém – PA).
- Hospital Universitário UFRN (Natal – RN).
- Hospital Santa Isabel (São Paulo – SP).

Agradecemos ainda a valiosa colaboração do médico cardiologista dr. César Iervolino Neri, da médica psiquiatra Maria Flávia Hares Fongaro, da enfermeira obstétrica Maria Cristina Bernat, da psicóloga Maria Aparecida Rodrigues, mem-bros da Equipe do Nêmeton – Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde, num texto didático.

Um especial agradecimento à psicóloga hospitalar Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne, que não só foi uma das principais responsáveis pelo desenvolvimento do Roteiro aqui apresentado, mas também que, por sua enorme dedicação e estudos na área de Psicologia Hospitalar, possibilitou a compreensão e fundamentação de muitos dos itens apresentados através da avaliação da eficácia destes em milhares de entrevistas realizadas com pacientes e familiares nos últimos 18 anos.

#### Referências Bibliográficas

- 1 SMALL L. "As Psicoterapias Breves", Ed. Imago, RJ., 1974.
- 2 PERESTRELLO D. "A Medicina da Pessoa", Ed. Liv. Atheneu, RJ., 1982.
- 3 HEIDEGGER M., "Ser e Tempo", Ed. Vozes, RJ., 1988. (Vols. I e II).
- 4 EKSTERMANN A.J. "O Clínico como Psicanalista", in Rev. Contribuições Psicanalíticas a Medicina Psicossomática, vol. I, p.166, RJ., 1976.
- 5 SOLDATI V.R., (org), "O Desejo Doente: O Psicológico e o Religioso no Hospital Geral" Trabalho apresentado no V Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, Caldas Novas, GO, 1993. (Manuscrito dos autores – Biblioteca Nêmeton, SP.).
- 6 FROMM E., "O Coração do Homem", Ed. Zahar, RJ., 1967.
- 7 KOVACS M.J., "Morte e Desenvolvimento Humano", Ed. Casa do Psicólogo, S.P. 1992.
- 8 MAY R., "A Descoberta do Ser", Ed. Rocco, RJ., 1991.
- 9 ROSS E.K. "Sobre a Morte e o Morrer", Ed. Martins Fontes, SP. 1987.
- 10 STEDEFORD A., "Encarando a Morte", Ed. Artes Médicas, RS., 1986.
- 11 ZIEGLER J., "Os Vivos e a Morte", Ed. Zahar, RJ., 1977.
- 12 CHIATONNE H.B.C. e SEBASTIANI R.W. "Introdução a Psicologia Hospitalar", Ed. Bibl. Nêmeton, série Cadernos de Psicologia Hospitalar, SP., 1991.
- 13 MOFFAT A., "Terapia de Crise: Teoria Temporal do Psiquismo", Ed. Cortez, SP., 1987.
- 14 JASPERS K., "Psicopatologia Geral", Ed. Atheneu, RJ, 1973 (Vols. I e II).
- 15 ANGERAMI V. A. (org), "Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática", Ed. Pioneira, SP., 1994.
- 16 SÁ Jr. L.S.M. "Psicopatologia e Propedêutica", Ed. Liv. Atheneu, RJ., 1984.
- 17 HELMCHEN H., "O Sistema AMDP: Associação Para Metodologia e Documentação em Psiquiatria" Clin. Psiquiátrica da Univ. Livre de Berlim, 1979, Trad. SILVA D. B., Hospital Psiquiátrico de Franco da Rocha, SP., Manuscritos do Tradutor, 1979.



- 18 SCHNEIDER K. "Psicopatologia Clínica", Ed. Pace, Madrid, 1944.
- 19 SACKS O., "O Homem que Confundiu Sua Mulher Com um Chapéu", Ed. Imago, RJ., 1987.
- 20 FREUD S., "Estudios sobre la Histeria", in "Obras Completas", Ed. Bibl. Nueva, Tomo I, Madrid, 1973.
- 21 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, "Manual De Diagnóstico E Estatística De Distúrbios Mentais - DSM - III-R", Ed. Manole, SP., 1989.
- 22 SELYE H., "The Story of the Adaptation Syndrome", Ed. Grune e Stratton, N. York, 1952.
- 23 SPITZ R.A., "El Primer año de vida del niño - Genesis de las primeras relaciones objetales", Ed. Aguilar, Madrid, 1975.
- 24 FIORINNI J. H., "Teorias e Técnicas Psicoterápicas", Ed. Francisco Alves, RJ, 1979.

### Roteiro de Estudos

Como colocado ao longo do capítulo, o leitor encontrará a seguir um roteiro de obras que poderão auxiliá-lo (somadas às referências bibliográficas supracitadas) no aprofundamento dos estudos sobre os diversos tópicos e temas aqui abordados.

Reiteramos aqui nossa posição de que esse Roteiro não tem a intenção de ser um instrumento acabado em si, nem que as colocações e explicações apresentadas esgotem os diversos itens tratados. Ao contrário, gostaríamos imensamente que a presente proposta pudesse funcionar para os colegas que se interessam pelo tema como Ponto de Partida para o desenvolvimento de instrumentos cada vez mais eficientes para a prática da Psicologia Hospitalar e, sobretudo, para a melhor qualidade de atendimento da pessoa enferma.

Nas palavras do querido mestre Carl Rogers "A vantagem que vocês (que iniciam seu trabalho atualmente) têm sobre nós (que já estamos a algum tempo na "estrada") é que podem continuar a partir do ponto em que já chegamos, superando-nos e aprimorando cada vez mais nosso trabalho."

- 1 ANGERAMI, W.A.C. - (org) - "Psicologia Hospitalar: A Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar". Ed. Traço, SP., 1984.  
- "A Psicologia no Hospital". Ed. Traço, SP., 1988.  
- "O Doente, A Psicologia e O Hospital". Ed. Pioneira, SP., 1992.  
- "Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática". Ed. Pioneira, SP., 1995.
- 2 BIRD, B. - "Conversando Com o Paciente". Ed. Manole, SP., 1978.
- 3 BRIGES, P.K. - "Emergências Psiquiátricas: Diagnóstico e Tratamento". Ed. Manole, SP., 1976.
- 4 BUBER M. - "O Eu e o Tu" - Ed. Liv. Martins Fontes, SP, 1975.
- 5 CHIATTONE, H.B.C. e ANDREIS, M. - (org) - "Anais do Simpósio: Os Limites da Vida", Realizado em 20 de novembro de 1993 - Serviço de Psicologia Hospitalar da Santa Casa de São Paulo.
- 6 FOUCAULT, M. "O Nascimento da Clínica". Ed. Forense Universitária, RJ., 1980.
- 7 FRÁGUAS JUNIOR, R. et. ali - "Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral: A Clínica das Depressões". (org) - Depto. de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, Serviço de Interconsulta do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP - SP., 1993.
- 8 GRAEFF, F.G. e BRANDÃO, M.L. et. ali - "Neurobiologia da Doenças Mentais", Lemos Editorial e Gráficos LTDA, SP., 1993.

- 9 HEGEL, G.W.F. - "Fenomenologia do Espírito". Ed. Vozes, RJ., 1992.
- 10 JASPERS, K. - "Filosofia da Existência: Conferências Pronunciadas na Academia Alemã de Frankfurt". Ed. Imago, RJ., 1973.
- 11 KIERKEGAARD, S. - "O Conceito de Angústia". Editorial Presença, Portugal, 1972.
- 12 MACKINNON, R.A. e YDOFSKY, S.C. - "A Avaliação Psiquiátrica na Prática Clínica". Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1988.
- 13 MAY, R. (Org) - "Psicologia Existencial". Ed. Globo, RJ., 1988.
- 14 MELLO FILHO, J. et. ali - "Psicossomática Hoje". Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.
- 15 NOVAES, M.H. - "Psicologia Aplicada à Reabilitação". Ed. Imago, RJ., 1975.
- 16 OLIVIERI, D.P. - "O Ser Doente: Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde". Ed. Moraes, SP., 1985.
- 17 O.M.S. - "Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas". Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
- 18 RIBEIRO, A.P.J.C. e FONGARO, M.L.H. - "Avaliação de Variáveis Intercorrentes na Formação e Atuação do Profissional de Enfermagem". T.C.C., Manuscrito dos Autores, Especialização em Psicologia Hospitalar, Biblioteca NÊMÉTON, SP., 1990.
- 19 ROMANO, B.W. (Org) - "A Prática da Psicologia nos Hospitais". Ed. Pioneira, SP., 1994.
- 20 SANTOS, C.T. e BARROS, I.C. - "Avaliação e Caracterização da Relação Psicólogo/Paciente em Hospital Geral". T.C.C., Manuscrito dos Autores, Especialização em Psicologia Hospitalar, Biblioteca NÊMÉTON, SP., 1990.
- 21 SCHULTE, W. e TÖLLE, R. - "Manual de Psiquiatria". Ed. E.P.U. - Springer, SP., 1980.
- 22 SELIGMAN, M.E.P. - "Desamparo: Sobre Depressão, Desenvolvimento e Morte". Ed. E.P.U. - "HUCITEC" LTDA, SP., 1977.
- 23 SILVA, S.L. - "Abordagem Médico-Psicológica em Clínica Médica e Cirúrgica - Uma Visão Atual". Ed. Liv. Atheneu, RJ., 1994.
- 24 SORANO, J. "O Relacionamento com o Doente". Ed. E.P.U., SP., 1978.
- 25 SZASZ, T.S. - "Dor e Prazer: Um Estudo das Sensações Corpóreas". Ed. Zahar, RJ., 1976.
- 26 TÄHKÄ, V. - "O Relacionamento Médico-Paciente". Ed. Artes Médica, Porto Alegre, 1988.





## SERVIÇO DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

### AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Nome ..... Nº .....

Idade ..... Sexo ..... Est. Civil ..... Religião ..... Data Intern. .... / .... / .....

Psicólogo ..... Médico .....

Serviço/depto ..... Diag. Médico .....

Data .... / .... / .....

### 1 ESTADO EMOCIONAL GERAL

|                            | Bom           | Reg. | Ruim          | S/Dados |
|----------------------------|---------------|------|---------------|---------|
| Autoconceito               | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Auto-Estima                | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Ansiedade                  | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Depressão                  | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Inform. sobre a Doença     | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Inform. sobre Tratamento   | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Relação com a Doença       | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Estrutura Emocional Básica | ( )           | ( )  | ( )           | ( )     |
| Defesas Predominantes      | ( ) Positivas |      | ( ) Negativas |         |
| Ruptura Psicótica          | ( ) Sim       |      | ( ) Não       |         |

Obs: .....

.....  
.....  
.....



## 2 SEQUÊLAS EMOCIONAIS DO PACIENTE

|                         | Presente |      | Ausente |
|-------------------------|----------|------|---------|
|                         | Forte    | Leve |         |
| Com Internação Anterior | ( )      | ( )  | ( )     |
| Com Tratamento Anterior | ( )      | ( )  | ( )     |
| Com Cirurgia Anterior   | ( )      | ( )  | ( )     |
| Com Separações          | ( )      | ( )  | ( )     |
| Com Perdas/Óbitos       | ( )      | ( )  | ( )     |

Obs: .....

## 3 TEMPERAMENTO EMOCIONAL OBSERVADO

|            |     |            |     |
|------------|-----|------------|-----|
| Introverso | ( ) | Acentuado  | ( ) |
| Extroverso | ( ) | Compensado | ( ) |

## 4 POSTURA FRENTE A DOENÇA E A VIDA

|                   |     |                     |     |
|-------------------|-----|---------------------|-----|
| Tendência Bifólia | ( ) | Tendência Necrófila | ( ) |
|-------------------|-----|---------------------|-----|

## 5 ESTADO ATUAL FRENTE A DOENÇA/ HOSPITALIZAÇÃO E A VIDA

|           |     |                  |     |
|-----------|-----|------------------|-----|
| Negação   | ( ) | Revolta          | ( ) |
| Barganha  | ( ) | Depressão        | ( ) |
| Aceitação | ( ) | Ganho Secundário | ( ) |

Obs: .....

## 6 QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO

### 1 Como era o paciente antes de adoecer?

.....

.....

.....

.....

.....

### 2 Relate um dia na vida do paciente antes de ele adoecer.

.....

.....

.....

### 3 Como foi descoberto o diagnóstico?

.....

.....

.....

### 4 O paciente sabe de seu diagnóstico? Se não sabe, por quê?

.....

.....

.....

### 5 Houve algum fato marcante na vida do paciente e/ou família antes ou depois do aparecimento da doença? Data ..... / ..... / .....

|                            | Antes | Depois |
|----------------------------|-------|--------|
| Doença do Paciente         | ( )   | ( )    |
| Doença na Família          | ( )   | ( )    |
| Separação na Família       | ( )   | ( )    |
| Morte na Família           | ( )   | ( )    |
| Desemprego                 | ( )   | ( )    |
| Mudança de Casa            | ( )   | ( )    |
| Mudança de Escola          | ( )   | ( )    |
| Nascimento de Irmão        | ( )   | ( )    |
| Hospitalizações na Família | ( )   | ( )    |
| Acidentes Domésticos       | ( )   | ( )    |
| Acidentes de Trânsito      | ( )   | ( )    |
| Viagens                    | ( )   | ( )    |
| Mudanças de Emprego        | ( )   | ( )    |
| Brigas Familiares          | ( )   | ( )    |
| Dificuldades Econômicas    | ( )   | ( )    |
| Outros                     | ( )   | ( )    |

### 6 Houve mudança no comportamento do paciente ou na dinâmica familiar após o aparecimento da doença?

.....

.....

.....



## 7 AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

1 Infância (composição familiar, relação com os pais, vivências, acontecimentos relevantes).

.....

.....

.....

2 Adolescência (hábitos, sexualidade, grupos, vivências, acontecimentos relevantes).

.....

.....

.....

3 Vida adulta (rotina diária, situação conjugal, relações com parceiros, contato com filhos, vivências, organização do lar, expectativas de vida).

.....

.....

.....

4 Contatos sociais (empregos, amigos, participação na comunidade, lazer, atividades).

.....

.....

.....

## 8 EXAME PSÍQUICO

### Identificação

Nome ..... Leito nº .....

Idade ..... Sexo ..... Est. Civil ..... Religião ..... Data Int. .... / .... / .....

Psicólogo ..... Médico .....

Diagnóstico Médico .....

Data ..... / ..... / .....

### 1 Consciência (clínica)

- |                                      |                                                 |                                   |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal      | <input type="checkbox"/> Torpor                 | <input type="checkbox"/> Turvação |
| <input type="checkbox"/> Obnubilação | <input type="checkbox"/> Coma I (vigil)         | <input type="checkbox"/> Coma II  |
| <input type="checkbox"/> Coma III    | <input type="checkbox"/> Coma IV (decerebração) |                                   |

Índice Glasgow : .....

### 2 Senso Percepção

- |                                              |                                                   |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal              | <input type="checkbox"/> Alucinação Olfativa      |
| <input type="checkbox"/> Ilusão              | <input type="checkbox"/> Alucinação Gustativa     |
| <input type="checkbox"/> Alucinação Visual   | <input type="checkbox"/> Alucinação Tátil         |
| <input type="checkbox"/> Alucinação Auditiva | <input type="checkbox"/> Alucinação Genestopática |

### 3 Pensamento

- |                                                |                                                   |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal                | Qual: .....                                       |
| <input type="checkbox"/> Alteração da Forma    | Qual: .....                                       |
| <input type="checkbox"/> Alteração do Curso    |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Alteração do Conteúdo | <input type="checkbox"/> Confusão Mental          |
|                                                | <input type="checkbox"/> Delírio Persecutório     |
|                                                | <input type="checkbox"/> Delírio Religioso        |
|                                                | <input type="checkbox"/> Delírio de Referência    |
|                                                | <input type="checkbox"/> Delírio de Interpretação |
|                                                | <input type="checkbox"/> Delírio Hipocondríaco    |

### 4 Linguagem

Obs: .....

.....

.....

.....

- |                                    |                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal    | <input type="checkbox"/> Afasia        |
| <input type="checkbox"/> Dislalia  | <input type="checkbox"/> Ecolalia      |
| <input type="checkbox"/> Disartria | <input type="checkbox"/> Outras: ..... |

### 5 Memória

- |                                                |                                                   |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normal                | <input type="checkbox"/> Amnésia Anterógrada      |
| <input type="checkbox"/> Alteração de Fixação  | <input type="checkbox"/> Dificuldades de Fixação  |
|                                                | <input type="checkbox"/> Amnésia Retrógrada Total |
| <input type="checkbox"/> Alteração de Evocação | <input type="checkbox"/> Amnésia Lacunar          |
|                                                | <input type="checkbox"/> Amnésia Pós-Traumática   |



- ( ) Hipomnésia  
( ) Hipermnésia

### 6 Inteligência/ Cognição

- ( ) Normal  
( ) Alteração na Inteligência Verbal  
( ) Alteração na Inteligência Não-Verbal  
( ) Alterações Cognitivas Específicas. Qual?.....

### 7 Consciência do Eu

- ( ) Normal  
( ) Alteração no Eu Físico  
( ) Alteração no Eu Psíquico  
( ) Ruptura Psíquica  
( ) Alteração na Orientação Autopsíquica:  
    ( ) Estranheza de Si Mesmo  
    ( ) Desor. Tempo Psicológico  
    ( ) Desor. Espaço Psicológico  
( ) Alteração na Orientação Alo Psíquica:  
    ( ) Estranheza do Outro  
    ( ) Desor. Tempo Físico  
    ( ) Desor. Espaço Físico

- ( ) Despersonalização

### 8 Afetividade ( Humor )

- ( ) Normal  
( ) Depressão ( ) Maior ( ) Reativa  
( ) Mania ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Aumentada  
( ) Labilidade Afetiva  
( ) Ambivalência Afetiva  
( ) Amorfismo Afetivo  
( ) Angústia ( ) De Morte ( ) Existencial  
( ) Ansiedade ( ) Reativa ( ) Neurótica

### 9 Motivação e Volição

- ( ) Deseja e Operacionaliza ( Normal )  
( ) Deseja e não Operacionaliza  
( ) Não Deseja

### 9 Manifestações Psíquicas e Comportamentais

|                                | S/ Dados | Moderada | Acentuada |
|--------------------------------|----------|----------|-----------|
| Culpa                          | ( )      | ( )      | ( )       |
| Negação                        | ( )      | ( )      | ( )       |
| Raiva                          | ( )      | ( )      | ( )       |
| Hostilidade                    | ( )      | ( )      | ( )       |
| Fantasia                       | ( )      | ( )      | ( )       |
| Fantasia Móbida                | ( )      | ( )      | ( )       |
| Frustração                     | ( )      | ( )      | ( )       |
| Impotência                     | ( )      | ( )      | ( )       |
| Insegurança                    | ( )      | ( )      | ( )       |
| Fracasso                       | ( )      | ( )      | ( )       |
| Regressão                      | ( )      | ( )      | ( )       |
| Dependência                    | ( )      | ( )      | ( )       |
| Conformismo                    | ( )      | ( )      | ( )       |
| Projeção                       | ( )      | ( )      | ( )       |
| Isolamento                     | ( )      | ( )      | ( )       |
| Desamparo                      | ( )      | ( )      | ( )       |
| Pânico                         | ( )      | ( )      | ( )       |
| Desconfiança                   | ( )      | ( )      | ( )       |
| Despersonalização              | ( )      | ( )      | ( )       |
| Esperança                      | ( )      | ( )      | ( )       |
| Ambigüidade                    | ( )      | ( )      | ( )       |
| Hospitalismo +                 | ( )      | ( )      | ( )       |
| Hospitalismo -                 | ( )      | ( )      | ( )       |
| Estresse Psicorgânico          | ( )      | ( )      | ( )       |
| Agitação Psicomotora           | ( )      | ( )      | ( )       |
| Agressividade Autodirigida     | ( )      | ( )      | ( )       |
| Agressividade Alo Dirigida     | ( )      | ( )      | ( )       |
| Medo Real                      | ( )      | ( )      | ( )       |
| Medo Fantasmático              | ( )      | ( )      | ( )       |
| Comportamento Fóbico           | ( )      | ( )      | ( )       |
| Sensação de Punição            | ( )      | ( )      | ( )       |
| Sensação de Abandono           | ( )      | ( )      | ( )       |
| Limitação de Atividades        | ( )      | ( )      | ( )       |
| Conflitos quanto à Privacidade | ( )      | ( )      | ( )       |
| Privação da Liberdade          | ( )      | ( )      | ( )       |
| Perda da Autonomia             | ( )      | ( )      | ( )       |



|                             | S/ Dados | Moderada | Acentuada |
|-----------------------------|----------|----------|-----------|
| Esquema Corporal Modificado | ( )      | ( )      | ( )       |
| Conflitos com Sexualidade   | ( )      | ( )      | ( )       |
| Outras .....                |          |          |           |

## 10 Diagnóstico Psicológico

Hipóteses Diagnósticas

## 11 Focos Principais

## 12 Conduta

## 13 Síntese

## CAPÍTULO



2



Não há como exigir equilíbrio se uma grande paixão  
é o fim de toda e qualquer lucidez...  
Da razão, de um lineamento com a própria vivência  
consigo mesmo. E com o outro que espreita,  
busca e também se desarvora...  
Com o esgarçamento, com o distanciamento,  
com o amargor da separação. E com a certeza  
de que se busca a morte procurando pela vida,  
pelo ar, pela luz...  
Busca-se a morte querendo morrer para a dor...  
Para nascer no prazer... por toda a eternidade...

*Valdemar Augusto Angerami - Camon*



## A CRIANÇA E A MORTE

*Heloísa Benevides Carvalho Chiattonne*

*"É! Embora a gente não saiba, a Morte fala  
com a voz do poeta. Porque é nele que as  
duas, a Vida e a Morte, encontram-se  
reconciliadas (...)"*

*Rubens Alves, 1991*

### APRESENTAÇÃO

Passei muitos anos de minha vida profissional estudando e vivenciando as mais diferentes situações junto a crianças hospitalizadas. Com elas, aprendi Psicologia Hospitalar. Através delas, cresci enquanto pessoa e Psicóloga. E, sem nenhum esforço, logo compreendi que ali estava o verdadeiro sentido da vida.

Várias vivências, de grande intensidade, marcaram essa minha trajetória e levaram-me ao aprofundamento dos estudos da criança gravemente enferma ou considerada terminal.

A prática na rotina diária do Hospital como Psicóloga apontava para características singulares entre o processo de vida e morte dessas crianças e, principalmente, para os recursos internos que esses pacientes sustentavam para suportar vivências tão significativas ao nível existencial.

Além disso, a observação e atuação junto a essas crianças apontavam para a precoce capacidade de percepção da morte nesses pacientes, sugerindo que a vivência da doença, tratamento e evolução para a morte determinariam uma



antecipação dos conceitos e elaboração deste processo. Dessa forma, pela própria vivência da situação de doença, as crianças doentes e hospitalizadas apresentariam uma intensa capacidade de percepção de mudanças físicas em seu corpo, o que facilitaria a percepção prematura da morte.

Entender essas crianças e seus familiares, respeitá-los, buscar recursos psicoterapêuticos para ajudá-los, criar alternativas de atuação no Hospital e aprofundar sistematicamente meus estudos passaram a nortear minhas atividades profissionais durante longos anos.

Porém, contingências fizeram-me ampliar minhas atividades a outras áreas da Psicologia Hospitalar, abrangendo as diferentes especialidades do Hospital Geral.

No entanto, marcadas de forma indelével, permaneceram as lembranças dos ensinamentos dessas crianças através das supervisões aos meus alunos, das atividades didáticas e profissionais, dos filmes que realizei, do material que coletei e, finalmente agora, do capítulo desse livro.

Ele é integralmente feito dessas crianças e para elas.

Ele é parte da história de W., que morreu sorrindo na sala de emergência, pedindo à equipe que não chorasse, sem antes ter se despedido de cada um de nós através de dezenas de emocionantes bilhetes de amor.

Ele é o retrato de E., que morreu sozinha, por ter sido abandonada pela família de mais 13 filhos e que mobilizou toda a equipe que se alternava em sua enfermaria, permanecendo em nossos colos, para que minimizássemos suas dores.

Ele espelha a coragem de A., que descreveu a seus pais a forma como gostaria de "ir vestida para o céu".

Ele é os imensos "olhos de contas azuis-turquesa" de D., que enchiam nossa rotina diária de alegria.

Ele é a cartinha dobrada que R. entregou-me pedindo que ajudasse a sua mãe.

Ele simboliza a curiosidade de A., que enterrava suas meias para descobrir o mistério da morte.

Ele se solidariza com G., que não suportou o sofrimento de seu filho e morreu enquanto ele ainda estava em tratamento.

Ele é a imagem de tantas "Árvores da Vida" que realizamos na sala de recreação.

Ele é o reflexo do sofrimento dos pais de L., que chegaram à enfermaria cinco minutos após sua morte por terem finalmente conseguido o dinheiro para comprar a boneca tão desejada por sua filha.

Ele também concretiza a força e a coragem dos pais que, mesmo diante de tantas agruras, reuniram forças para fundar uma Associação de Apoio a Crianças com Leucemias e Linfomas no Hospital Brigadeiro.

Ele busca aproximar-se da integridade e humanidade dos Chefes dos Serviços Pediátricos do Hospital Brigadeiro (Pediatria e Hematologia), que entenderam a importância do apoio psicológico aos pacientes e seus familiares.

Ele reflete o amor e a extrema dedicação externada por "beijos após injeções", por "abraços após a quimioterapia" de uma equipe de enfermagem extremamente segura e humana.

Ele é a fila de 23 colegas de classe, com pequenos bilhetes e desenhos nas mãos esperando no hall do Hospital para visitar N.

Ele é a alegria de B., que morreu duas horas depois de ter podido comemorar seu aniversário na enfermaria.

Ele expressa a curiosidade diante da morte de A. e seus amigos, através da fresta do lençol pendurado na sala de emergência.

Ele tenta resgatar um pouco de humanidade e dignidade aos profissionais que trabalham arduamente nos Hospitais e que, muitas vezes, esquecem o verdadeiro sentido de suas profissões.

Ele espelha meu orgulho de ter aprendido Psicologia Hospitalar com Valdemar Augusto Angerami – Camon e de poder compartilhar meus conhecimentos com Ricardo Werner Sebastiani: amigos eternos.

Ele é dedicado, por fim, a todos aqueles Psicólogos que "na fantasia", "imaginam" fazer Psicologia Hospitalar e sequer se respeitam enquanto pessoas; que eles possam *descer de seus pedestais e buscar um verdadeiro sentido para suas vidas...*





## A CRIANÇA DOENTE E A MORTE

*“Houve um tempo em que nosso poder perante a Morte era muito pequeno. E, por isso, os homens e as mulheres dedicavam-se a ouvir a sua voz e podiam tornar-se sábios na arte de viver. Hoje, nosso poder aumentou, a Morte foi definida como inimiga a ser derrotada, fomos possuídos pela fantasia onipotente de nos livrarmos de seu toque. Com isso, nós nos tornamos surdos às lições que ela pode nos ensinar. E nos encontramos diante do perigo de que, quanto mais poderosos formos perante ela (inutilmente, porque só podemos adiar...), mais tolos nos tornamos na arte de viver. E quando isso acontece, a Morte que poderia ser conselheira sábia transforma-se em inimiga que nos devora por detrás. Acho que para recuperar um pouco da sabedoria de viver seria preciso que nos tornássemos discípulos e não inimigos da Morte. Mas, para isso, seria preciso abrir espaços em nossas vidas para ouvir a sua voz. Seria preciso que voltássemos a ler os poetas...”*

*Rubem Alves, 1991.*

Antes do século XVIII e até o século XIX, tanto na América do Norte como na Europa, considerava-se que a criança não possuía personalidade e não era valorizada. Desta forma, se morresse, muitas vezes nem tinha nome ou seu nome serviria para outra criança. Era feita assim uma substituição completa.

Na verdade, o Homem sempre viveu sob o impacto da morte.

No século XIV, por exemplo, a “peste negra”, que determinou graves perturbações econômicas, sociais e psicológicas, caracterizou a visão catastrófica da morte que atormentava e angustiava a sociedade. A morte era prematura, infligia



tortura insuportável e tornava o Homem um objeto repugnante para si e para o outro. Adultos e crianças sabiam que logo morreriam e o indivíduo arcava sozinho e por si a fúria da "morte negra", pois não havia defesa tecnológica eficiente; os procedimentos médicos eram inúteis, o controle e os ajustamentos sociais insuficientes e a religião e a magia pouco ajudavam. A morte, portanto, era inevitável. Não havia promessa de gloriosa imortalidade e a morte era fonte de terror e castigo. A expectativa de vida era limitada, havia maior proximidade física com a morte e sensação de pouco controle sobre a natureza.

A partir da segunda metade do século XIX, a preocupação por parte das mulheres e dos clérigos fez com que as crianças mortas fossem imaginadas vivas num além parecido com uma "Terra sem Mal", onde esperavam a reunião de toda a família. A mãe idealizava a criança morta e chegava até a servir-se dela como um anjo ou santo.

Na burguesia do século XIX, a morte da criança tornou-se a menos tolerável de todas as mortes. Através de estátuas, procurava-se a perpetuação de suas formas idealizadas. A morte passava a comover de forma violenta o coração e a imaginação dos pais.

Assim, a morte da criança, considerada natural durante a Idade Média, passa a ser ocultada a partir do século XIX. Se na Antiguidade o homem jamais perdia de vista a idéia de que iria morrer, mais tarde adota a mentira sistemática ou o silêncio, como forma de afastar do cotidiano a morte inevitável; condição que prevalece na cultura atual onde a morte é revestida de silêncio, marcada pela negação e interdição.

Ariés (1989) aponta uma significativa mudança em relação às atitudes perante a morte nas sociedades ocidentais a partir do século XX, em que cada vez mais a morte é banida do discurso cotidiano, é afastada, ocultada e temida.

Na sociedade atual, prevalece a negação da temática morte. Esta negação da existência da morte causa grandes dificuldades aos adultos ao nível existencial, bem como dificulta, sobremaneira, a adequada compreensão do processo pelas crianças.

Assim, com o Capitalismo, a visão de existência e morte se alteram, pois o homem torna-se um ser consumista. O "ser" é desvalorizado em função do "ter", desenvolvendo-se um apego extremo aos bens materiais e às posições que, com eles, o homem pode ocupar na sociedade, como forma de controle e dominação sobre a natureza e a vida.

Nessa medida, enquanto na Antiguidade, o homem podia ter uma dimensão mais humana do mundo e da vida, a partir da revolução científico-tecnológica, o homem passa a perder essa dimensão, impelido pelo pensamento ocidental que se fundamenta na pulverização dos conhecimentos. Assim, se até a Idade Média, ele

era um mero espectador da natureza - contemplativo diante da possibilidade de morte, num mundo teocêntrico, a partir do Renascimento passa a ser criador num mundo antropocêntrico. Essas transformações, ao ocorrerem em ritmo frenético, abriam espaço ao mundo tecnocêntrico, que afasta a morte, que inverte a relação de vida

Antigamente, o velório ocorria na casa do morto, contando com a participação da família, amigos, parentes e comunidade. O velório caracterizava-se pelo momento de rever e se despedir do falecido, estimulando as emoções, trazendo-as à tona para que se baixassem as defesas diante da situação de morte. As crianças participavam naturalmente do processo de despedida. O ritual durava dias e as emoções eram expressas de forma clara e direta. Vale lembrar a presença de *carpideiras* nos velórios, que tinham como objetivo evitar que as emoções fossem reprimidas. Essas mulheres, através de seus cantos e orações, facilitavam a expressão de sentimentos, evitando a "vergonha" de chorar ou sofrer pela perda, facilitando a elaboração do luto.

Atualmente, em contrapartida, o velório ocorre longe das casas dos mortos e o enterro é providenciado o mais rápido possível. Em ambos, as demonstrações de pesar ou lágrimas são desencorajadas. Não raro, expressões como "homem não chora", "seja forte", "foi melhor assim" são fatores de repressão dos verdadeiros sentimentos.

Além disso, o corpo do morto é preparado de forma a perder suas características de morto. "Parece que está vivo", "parece que está dormindo", "até parece que vai levantar" são expressões comumente ouvidas nos velórios. O estabelecimento de prazos para a missa de 7º dia ou 30 dias é medida que procura circunscrever e limitar, de forma negativa, o processo de luto.

Assim, a sociedade capitalista impõe, obrigatoriamente, uma mudança radical na visão da morte. O homem passa a ser, essencialmente, um Ser consumista, caracterizando-se por um apego extremo a posições, pessoas e bens materiais como uma suposta forma de controle e dominação, proporcionando a sensação (falsa) de poder e superioridade sobre a natureza, objetos, pessoas e principalmente à vida. Dessa forma, se a morte não for considerada, o Homem poderá "eternamente" dominar e controlar todas as coisas, todas as pessoas e conservar tudo o que tem.

Nesse sentido, a possibilidade de morte é afastada, pois não determina apenas a finitude da vida corporal do indivíduo, mas destrói o ser social, enxertado no eu físico. Portanto, a sociedade consumista "perde" com a morte do indivíduo, porque a compreensão do verdadeiro sentido da vida determina a diminuição do apego, do consumo. Vive-se assim numa sociedade onde predomina o Homem de massa em detrimento do Homem como indivíduo.



Além disso, a sociedade orienta-se, naturalmente, para a juventude. A morte é transferida e distanciada para um momento remoto, associada à idade avançada, aos indivíduos que não produzem mais. Doença e morte são afastadas do controle doméstico, dos acontecimentos, ocupando pequeno espaço da vida cotidiana.

No entanto, ressalta-se, que se a imortalidade é encarada como algo divino e com a falta de medida nessa consideração, o Homem - enquanto Ser - cristaliza-se, deixa de ser vivo, criativo e passa a ser repetitivo e desvitalizado. Estar vivo, portanto, é estar em evolução, em transformação. Assim, aquele que não "morre" várias vezes não "nasce". Por isso, onde não há morte não há vida, pois a morte dá sentido à vida. Então, o indivíduo que nega a morte não é criativo e "vivo". A negação da morte leva o ser à auto-alienação, a um estado de incompletude, pois não pode se compreender integralmente sem enfrentar seu próprio fim, sua própria morte, a possibilidade de não-ser-mais.

Martins (1986) diz que "só podemos compreender nossa totalidade e a significação indivisível da integridade, quando nos defrontarmos com a possibilidade de não-ser-mais-aí-no-mundo-com-os-outros."

No mesmo sentido, Boss (1981) afirma que "vida e morte são inseparavelmente unidas e pertencem uma à outra(...). Só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo que cada momento de nossa vida é irrecuperável e, por isso, tem que ser aproveitado. Somente porque o homem é finito, cada momento conta. Conta como realização e libertação ao nos envolvermos adequadamente com as reivindicações daquilo que nos solicita."

Alves (1991) diz que "a Morte tem o poder de colocar todas as coisas nos seus devidos lugares. Longe do seu olhar, somos prisioneiros do olhar dos outros, e caímos na armadilha dos seus desejos. Deixamos de ser o que somos, para ser o que eles desejam que sejamos. Diante da Morte, tudo se torna repentinamente puro. Não há lugar para mentiras. E a gente se defronta então com a Verdade, aquilo que realmente importa. Para ter acesso à nossa Verdade, para ouvir de novo a voz do Desejo mais profundo, é preciso tornar-se um discípulo da Morte. Pois ela só nos dá lições de Vida, se a acolhermos como amiga."

O ser humano, portanto, apesar de constantemente buscar a negação como medida profetora, angustia-se frente ao seu ser-mortal, ao seu ter-que-morrer, ao seu não-poder-mais-ser. O adoecer e a morte são, então, preocupações permanentes do Homem, pois estão no centro de sua existência, são inerentes à vida e à condição de ser.

Devem-se distinguir, no entanto, duas formas de concepção da morte: a morte-do-outro e a própria morte. Assim, a percepção da morte vai se desenvolvendo de acordo com algumas considerações. A primeira delas refere-se a "você

está ausente", consideração que deve ser apreciada sempre de acordo com o quadro de referência e percepção do indivíduo (a morte-do-outro).

Já com relação à própria morte, Ziegler (1977) cita que "minha consciência não viverá jamais a experiência de sua morte, mas viverá a vida inteira com uma figura empírica da morte, aquela que determinada sociedade formula a partir do desaparecimento gradual de seus membros. É o homem social que constrói pirâmides e sepulturas, que imagina ritos fúnebres, que reflete na morte e a traz em si durante a vida, ferida incurável do tempo que passa. É o homem social quem quer saber o mais possível, antes que ele ocorra, acerca do acontecimento que encerrará sua existência. Noutras palavras: se a morte é apreendida pela inteligência, não é a sua própria morte que a consciência conhece. Ela conhece apenas a morte dos outros, a angústia de ter que enfrentá-la."

Assim, saber que a morte não pode ser alterada por nenhuma variação estatística, que a vida acaba, que se morre e morre com o indivíduo um universo inteiro determina de modo definitivo todos os atos constitutivos da existência do Ser. Dessa forma, a consciência da própria finitude estabelece no campo vivido e do vivível limites precisos, necessários e irrevogáveis. No interior do campo assim delimitado não existe conduta, norma, instituição ou produção individual ou coletiva do homem, de seu corpo, de seu pensamento, de seu sonho, que não seja determinada, amoldada, investida, de um modo ou de outro, pela experiência da morte.

Segundo Ziegler (1977), "a morte lança a sua sombra sobre todos e cada um. Parcela alguma da paisagem social lhe escapa. Nenhum projeto sem ela se realiza. Ela habita até o mais recôndito dos nossos pensamentos. Assim, a morte se aproxima de nós mascarada, com a máscara de que reveste a sociedade que constrói a nossa personalidade. A morte agressora possui um rosto, uma identidade. É assinalada, nomeada, mencionada, temida, e sua constante presença, sua brusca atualização, são por nós consideradas com infinita inquietude."

Nesse sentido, se aquilo que o Homem conhecerá um dia, isto é, a sua própria morte, depender do domínio metempírico e portanto transsociológico, a maneira de antecipá-la, de pensá-la hoje depende da irredutível contingência das criações sociais. Assim, não é o consciente "ingênuo" que recebe a morte, mas sim o consciente formado, pois a morte é o absoluto na relação ao destruir ou modificar, para além das categorias da compreensão racional, o indivíduo que a recebe. O relativo encontra-se na vivência da catástrofe fisiológica e da mutação, ou na destruição do consciente de modo diverso, segundo as sociedades, as épocas, as classes e as culturas a que os indivíduos pertencem.

Ziegler (1977) faz um lembrete histórico e antropológico ao referir que "a consciência de sua própria morte é uma importante conquista, constitutiva do



homem. Assinala o ponto essencial da história humana que foi a emergência, na época paleolítica, do *homo sapiens*. Os homens das escuras cavernas do Monte Carmel (40.000 anos), de La Chapelle-aux-Saints (45.000 - 35.000 anos), do Monte Circeo (35.000 anos), cavaram suas primeiras sepulturas e ali instalaram seus mortos (adultos) em posição sentada, tornozelos e pulsos unidos - como fetos a espera, a quem foi prometida uma segunda vida."

Morin (1975) afirma que "tudo nos indica que a consciência da morte que emerge no *homo sapiens* é constituída pela interação de uma consciência objetiva que reconhece a mortalidade, e de uma consciência subjetiva que afirma senão a imortalidade, pelo menos a transmortalidade. Os ritos da morte a um tempo expressam, reabsorvem e exorcizam um trauma provocado pelo aniquilamento. Os funerais, e isto em todas as sociedades evoluídas que se conhece, traduzem ao mesmo tempo uma crise e a superação dessa crise, de um lado o despedaçamento e a angústia, de outro, a esperança e a consolação. Tudo indica que o *homo sapiens* é afetado pela morte como por uma catástrofe irremediável que levará dentro de si uma ansiedade específica, a angústia, ou o horror da morte, que a presença desta torna-se um problema vivo, isto é, mina a sua vida. Tudo indica igualmente que esse homem não só recusa a morte, mas que a recusa, supera, resolve no mito e na magia."

Assim, a concepção da morte na criança inicia-se pela consideração da morte do outro para evoluir para a concepção de sua própria morte. Relativizando a morte do outro como "você está ausente" indica que esta relação é principalmente perceptiva e a ausência significa "não aqui e não agora", pois a criança, conforme a idade, ainda não consegue distinguir entre distância espacial e temporal. Nesta relação, ela percebe a ausência, pois se baseia em seu espaço perceptivo do momento. Portanto, quem não está no momento não existe. Nesse sentido, a ausência para a criança pequena não tem limites, pois pressupõe recursos para assimilar o conceito de futuro e de tempo, impossibilitando a distinção entre separações a curto, médio ou longo prazos e, muito menos, separações irreversíveis. Dessa forma, quando vivencia a separação, a criança pequena não tem condições seguras para avaliar, planejar e elaborar a situação.

Ressalta-se que a ausência do quadro de referência perceptivo tem efeito imediato sobre a sensação de segurança da criança e ela, então, sente-se abandonada não somente por estar consciente da ausência, mas também pela presença de sentimentos de desconforto determinado pela sensação de abandono.

Schechter et alli (1955) afirmam que a relação da criança com os ritmos biológicos recorrentes agrava seu relacionamento com a separação e a morte. Assim, a criança pequena não possui consciência do tempo objetivo, que transcorre do passado para o presente rumo ao futuro. Fica a criança, então, vulnerável à experiência de separação, já que não tem recursos para distinguir "entre o prospecto

de extensão moderada e de longo prazo ou separação final (...). O que nos parece relevante é o elo entre periodicidade e vulnerabilidade da criança às experiências de separação. Mais uma vez, como criança, posso 'interpretar mal' a partida temporária de alguém, supondo-a uma separação conseqüente - até mesmo a morte de alguém. Meus padrões cíclicos de funcionamento me levam a antecipar que todo fim tem um novo começo, assim como todo começo tem um fim. Você se ausentou por longo tempo (o tempo marcado pelo relógio ou, então, o tempo subjetivo) mas não 'sei' quanto durou esse tempo. Profundamente enraizada em mim encontra-se a expectativa de que se completará o padrão familiar de separação-reunião."

Assim, a criança é vulnerável às implicações da morte nas separações triviais de seu dia-a-dia e mais protegida das implicações da morte nas separações substanciais.

Mas a consideração da própria morte implica em autoconsciência, operações de pensamento lógico, concepções de probabilidade, necessidade e causação, de tempo físico e pessoal, de finalidade e separação. Além disso, a formulação deste conceito pressupõe o preenchimento de importante lacuna: desde o que a criança experimentou na vida até a formulação do conceito de morte, pois a morte é, essencialmente, uma não-experiência. Assim, se a criança nunca esteve morta (o estado), nunca experimentou a morte (como processo final da vida) e as operações mentais que faz uso em seus esforços para sondar a morte falsificam-na, pois o próprio *modus operandi* da mente equipa-a para interpretar a vida ou os processos vitais melhor do que o vazio, a ausência. No entanto, ver uma pessoa, animal ou planta mortos pode contribuir para a concepção de morte, mas, todavia, estas percepções não preenchem verdadeiramente a lacuna, pois se percebe a morte somente de fora (a morte do outro).

Kastenbaum e Aisenberg (1983) propõem que as percepções de morte antecipam as concepções de morte na infância. Maurer (1965), nesse sentido, cita que "a criança procura ativamente experiências de ir-e-vir, aparecer-e-desaparecer. Mais tarde (ainda na infância), ela é capaz de permanecer um pouco desligada do que observa. Percebe a morte e os atributos da morte na situação. Mais tarde ainda (talvez depois da primeira infância), desenvolve os tipos de estruturas cognitivas às quais comumente se aplica o termo concepções."

Assim, brincadeiras de aparecer e desaparecer na infância seriam pequenos experimentos realizados pela criança frente ao não-ser ou à morte. A própria expressão "esconde-esconde" é originária de expressão inglesa traduzida como "morto ou vivo?", denotando que brincadeiras como estas podem refletir a elaboração da concepção de morte.



Para Maurer (1965), a pergunta "de onde vêm os bebês?" não se refere, de forma alguma, à sexualidade adulta mas reflete a uma indagação profundamente religiosa e filosófica sobre a não-existência.

Entretanto, torna-se fundamental ressaltar que a ambigüidade apresentada pelos adultos em seus pensamentos e linguagem sobre a morte pode induzir a criança ao erro ou confusão, intensificando suas fantasias quando esta procura explicações coerentes sobre a morte.

Ao mesmo tempo, estas ambigüidades servem para introduzir a criança na utilização dos símbolos, evidenciando que a morte tem mais de um significado e o contexto é especialmente importante e deve ser considerado.

Kastenbaum e Aisenberg (1983) afirmam que muito cedo a criança enfrenta a intrincada tarefa de aprender e decodificar o significado da morte, tanto do ponto de vista físico, como de suas diversas aplicações metafóricas.

Segundo Zlotowicz (1976), a criança passa por uma penosa busca ao descobrir os mistérios do tempo e das origens e a sua curiosidade pela sexualidade, pelas atividades e investigações pessoais, que podem levá-la a algumas respostas, ainda que estas sejam incompatíveis com o que afirmam os adultos em nível de contradições. Contudo, quando se trata do domínio do invisível, do metafísico, a criança adentra a um mundo que não tem relação determinada com o que conhece e no qual precisa situar seus conhecimentos para buscar respostas a suas inquietações. O autor afirma que a criança "descobre a existência de um tempo anterior, de um passado que é algo bem diferente do passado de suas próprias recordações; descobre também no futuro um mais-além de sua existência atual que pode conturbar as relações que lhe pareçam as mais bem estabelecidas, como as que ligam os pais e as crianças."

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) referem que a noção de morte para a criança "se organiza em torno de dois pontos essenciais, a percepção da ausência e posteriormente, a integração da permanência desta ausência."

Assim, apesar de educadores e psicólogos do desenvolvimento afirmarem que a criança pequena ainda não possui recursos para entender a morte, os autores sugerem que "a morte já propõe um desafio intelectual" (Kastenbaum e Aisenberg - 1983) e que a criança pequena tenta compreender a morte, sendo capaz de reconhecer situações onde a morte está presente, persistindo em esforços para resolver este desafio.

No mesmo sentido, Gesell (1985) cita que "as crianças passam, todas elas, por semelhantes fases no desenvolvimento da percepção da morte. Mas nem todas seguem o mesmo calendário. As variações são determinadas pelas vivências e pelo tipo de vida da família. Assim, as normas etárias e os perfis determinados não

devem ser tomados exatamente ao pé da letra pois podem desmerecer as capacidades e vivências individuais de cada criança."

Nesse particular, é a própria criança que determinará em que fase se encontra e como compreende e assimila a questão da morte além da consideração de que fatores ambientais favorecem, influenciam e modificam essas percepções.

Entretanto, o dado principal das pesquisas já realizadas com crianças sobre a morte refere-se à intensidade da percepção desta e o quanto é ativa em todos os níveis de idade. Bruner (1971) apóia-se na concepção de que a percepção da morte pode ser representada de maneira honesta e útil nas formas de pensamento da criança.

Assim, o dilema sobre esta percepção aponta para a necessidade de compreensão da própria aptidão da criança para perceber a morte (dentro de seu repertório próprio) e as variáveis externas intercorrentes. Kooker (1974) cita que a percepção da morte ou de qualquer outro fenômeno é norteadada pela extensão com que a criança é capaz de perceber, interpretar, classificar e integrar o estímulo de seu ambiente.

Segundo Torres (1991), "a criança, desde uma etapa muito precoce, já tem uma representação da morte que vai gradualmente evoluindo, paralelamente ao desenvolvimento cognitivo."

Gesell (1985) afirma que "há um princípio de relatividade que nos pode proporcionar um certo conforto. Este princípio encontra-se espiritualmente afirmado nestas duas quadras de John Kendrick Bangs:

*Encontrei, uma vez, um Elfo pequenino  
Lá adiante, onde os lírios florescem.  
Perguntei-lhe porque era tão pequeno  
E porque é que ele não crescia mais.*

*Franziu as sombrancelhas de leve  
E olhou para mim atentamente.  
"Para mim", disse-me ele, "já sou tão alto  
Como tu és alto, para ti".*

Mas, apesar disso, Weller e Weller (1992) afirmam que são muitas as falhas ou deficiências evidentes nos estudos de reações de luto em crianças normais. Os autores sugerem que muitos estudos (Van Eerdwegh, 1992), freqüentemente,



levam em conta informações de fontes auxiliares (pais, professores, etc.), ao invés de usar informações diretamente da criança. Além disso, quando os autores, familiares e profissionais de saúde consideram que a criança não percebe o perigo de morte, em geral, estão baseados na verbalização desse perigo, desconsiderando a linguagem não-verbal que expressa o conhecimento da situação, muitas vezes, do próprio perigo.

Pincus (1974) afirma que "desde o momento em que a vida começa, percorrendo todas as fases do desenvolvimento infantil, o crescimento humano depende da aceitação e do domínio da perda - perda da segurança do útero, perda do seio, perda real, fantasiada ou ameaçada (...). Para enfrentar a perda, a criança tem que acolher dentro de si o objeto cuja ausência a assusta (...). Para Melanie Klein, o êxito no estabelecimento de um objeto interno 'bom' na primeira infância é uma pré-condição para a capacidade de tolerar ansiedades futuras quanto à perda e à separação (...). No processo de luto, a pessoa repetirá as mesmas defesas usadas pela criança na posição depressiva a fim de subjugar os objetos 'maus' e os sentimentos que suscitam e restituir os 'bons', de modo a tornar-se capaz de enfrentar a ambivalência da morte (...). Assim, o adulto enlutado deve interiorizar, acolher em si o objeto amado para não perdê-lo jamais."

De acordo com Bruner (1971), a investigação de qualquer tema com a criança prevê investigações sobre a concepção da própria criança que traduz de forma singular e subjetiva, dentro de seu repertório, o que lhe for apresentado.

No mesmo sentido, Torres (1991) cita que "o conhecimento da concepção que a criança tem da morte pode fornecer linhas mestras daquilo que é capaz de compreender nas diferentes etapas do desenvolvimento. Essa importante questão educativa tem levado alguns psicólogos a dar especial atenção ao aspecto evolutivo da compreensão da morte e a realizar, dentro dessa abordagem desenvolvimentista, pesquisas que visam a estudar a influência de fatores maturacionais, cognitivos, sociais, atitudinais e afetivos nas etapas de conceitualização da morte."

Todavia, a consideração da criança doente e hospitalizada demonstra a aguda capacidade de observação e de captar situações que acontecem ao seu redor, evidenciando que as crianças percebem fatos que os adultos tentam deliberadamente ocultar. Nesse aspecto, a incompreensão do adulto e sua falta de respostas aos questionamentos da criança doente provocam mais dor e são causadores de conflitos.

Raimbault (1979) diz que "se a criança não encontra ninguém capaz de ir ter com ela, só se depara com o silêncio ou a mentira, também ela se cala".

Nessa medida, quando o adulto mente ou omite a morte, acredita estar defendendo a criança doente do sofrimento como se, negando a dor, magicamente a anulasse. Assim, o adulto confunde a dor da própria situação com as explicações

dessa condição. Quando a equipe de saúde nega ou evita responder os questionamentos das crianças doentes ou pronunciar palavras como "morte", "piora", "estado grave", temem desencadear a morte do paciente em sua fantasia inconsciente.

Segundo Solnit e Green (1979), a morte de uma criança desperta no adulto a ansiedade de que alguém morre sem ter se realizado, sugerindo que o ocultamento da verdade (seja por engano passivo ou engano aberto) prejudica a elaboração do luto, transtorna a evolução da criança à morte e perturba o vínculo dessa criança com o mundo adulto. Quando o adulto se nega a esclarecer questões vinculadas à morte, determina o atravancamento do primeiro momento de elaboração do luto para a criança, que consiste na aceitação de que alguém desapareceu para sempre. Nessa medida, a criança permaneceria numa suposta fase de negação da morte, sem conseguir evoluir para fases posteriores de elaboração do luto.

Kovacs (1994) diz que "existe um mito de que a criança passa rapidamente pelo processo de luto, e que logo esquece a morte do ente querido, o que não é absolutamente verdadeiro."

Para Cassorla (1991), "negar a morte, por outro lado, nos leva a um problema extremamente sério: a má elaboração do luto (...). Mas, evidentemente, se negamos a morte, se nos recusamos a entrar em contato com nossos sentimentos, esse luto será mal elaborado, e teremos uma chance maior de adoecermos, cairmos em melancolia ou em outros processos substitutivos."

Não raro, diante de uma situação de morte, os adultos que cercam a criança não só assumem uma disposição de enganá-la (pelas razões já explicitadas), mas também transmitem versões diferentes sobre o acontecimento. É interessante notar a despreocupação dos adultos diante de uma rápida explicação sobre a morte à criança, sequer considerando a possibilidade de que outras justificativas possam estar sendo transmitidas ou, pior, sequer considerando que o ambiente esteja - através dos comportamentos das pessoas à volta - determinando outra mensagem. Essa postura não só reafirma a angústia do adulto diante da morte em si, como concretiza (na fantasia) um falso alívio de que "a criança não compreenderia uma explicação verbal do que está ocorrendo" (Aberastury, 1978).

No mesmo sentido, Knobel (1992) diz que "é uma crença bastante difundida de que as crianças - pelo seu 'pequeno' desenvolvimento intelectual e físico - não entendem tudo o que os adultos fazem e dizem. E, em virtude desse pensamento, muitos incorrem em atitudes francamente prejudiciais para seus filhos, sob o pretexto de que a idade não lhes permite participar dos acontecimentos dos quais são testemunhas. Isso revela uma falta real de conhecimento sobre o que é uma criança e distorce a realidade e os direitos da criança (...). Assim, respostas como: "ele foi para o céu", "ele está viajando", "ele logo voltará" ou, nas enfermarias



pediátricas: "ele recebeu alta", "ele mudou de andar", "ele foi transferido de Hospital" não só estariam a serviço de agravar o processo de elaboração do luto, como também de disseminar intensa insegurança às crianças. Como confiar diante de uma dupla mensagem? Se a criança está doente ou internada, impinge-se a desconfiança, a frustração. Ressalta-se o sentimento de solidão, de abandono, de medo.

*W.A.S. permaneceu por longos dois anos em tratamento de uma leucemia aguda. Com doze anos, por ser extremamente afetivo e permanecer sem acompanhante no Hospital (sua família era do Interior), logo mobilizou toda a enfermaria pediátrica. Amadurecido, tornou-se companheiro dos residentes e internos. Carinhoso, ajudava seus companheiros, explicando-lhes as condutas terapêuticas, ajudando-os nos cuidados de higiene e alimentação. Na manhã seguinte de sua morte, as crianças da enfermaria passaram a questionar a equipe sobre o que lhe havia ocorrido. As respostas foram as mais variadas. Alguns responderam que ele havia recebido alta ... ("De noite? Mas ele não estava passando mal?", questionaram as crianças); outros responderam que ele havia sido transferido de Hospital ("Por quê?", "Para qual Hospital?"); outros ainda responderam que ele estava em outro andar do próprio Hospital, o que levou as crianças a insistentemente pedir para visitá-lo. Finalmente, cruzando as informações que haviam recebido, várias crianças internadas naquela enfermaria perceberam que estavam sendo enganadas. Durante vários grupos, a Psicóloga necessitou trabalhar a frustração, a desconfiança e a ambivalência das crianças perante a equipe de saúde que eles "tanto confiavam". Pior, durante muitas semanas, as crianças permaneceram inquietas, tristes, muitas apresentando recusa em seguir condutas, dietas e orientações da equipe como expressão de seus sentimentos. O vínculo estava rompido.*

Mais grave, porém, é que as crianças não puderam enfrentar a perda de W.A.S., pela ausência de explicações lógicas que impossibilitou o enfrentamento da ambivalência quanto ao colega que os havia "abandonado". Assim, as crianças não puderam iniciar o processo de interiorização do objeto amado (W.A.S.) para não perdê-lo - condição essencial no processo de luto.

Sobre este aspecto, Bowlby (1963) enfatiza que os conceitos de ligação e perda na primeira infância são elementos primordiais, assim como a ansiedade de separação para a compreensão do processo de luto, na medida em que na ansiedade de separação a criança expressa temor a algo inespecífico (interno ou externo), acrescido do temor a perder o objeto que a criança acredita ser capaz de protegê-la e apoiá-la. Pincus (1989) diz que "a ansiedade de separação será reativada sempre

que se manifestarem temores de perda de uma pessoa com a qual existe uma ligação profunda. É um processo natural e a base para o luto."

Assim, segundo Aberastury (1978), se "a primeira reação frente a perda do ser amado é negar a realidade desse fato, o adulto, ao ocultá-lo à criança, ajuda essa negação e junto com ela dificulta a passagem a outras fases de elaboração do luto."

No entanto, tão grave quanto a permanência da criança na negação estão as conseqüências decorrentes dessas duplas mensagens. Reações de descontrole e pânico podem ser freqüentemente observadas em crianças internadas onde os profissionais de saúde assumem a postura de ocultar a morte ou piora clínica dos pacientes. Em geral, cria-se um emaranhado de mentiras sem retorno, com o agravamento das capacidades cognitivas de todos os seus integrantes.

O exemplo de A.N., 9 anos, diagnóstico de LMA (leucemia aguda), pode expressar com detalhes as considerações acima. Líder nos grupos de crianças diários na enfermaria de um grande Hospital, tornou-se elemento de identificação de outros pacientes internados. Por permanecer longo período internada, passou a acompanhar a evolução dos outros pacientes e amigos de enfermaria, projetando seus próprios temores e angústias frente à possibilidade de piora e morte. Na época, a equipe de saúde tinha como prática "isolar" a sala de emergência da enfermaria através de lençóis que eram cuidadosamente presos aos vidros dessa enfermaria, como forma de "evitar expor às crianças e familiares a morte dos pacientes". A.N., que participava ativamente de sua doença, conhecedora de seu diagnóstico e de sua (possível) evolução, passou a questionar a necessidade de se "esconder" o que se passava na sala de emergência nos grupos terapêuticos: "o que ocorre naquela sala, de tão ruim que não podemos ver?"; "por que os médicos e enfermeiras entram e saem da sala correndo, com aquelas caras de medo?"; "por que as mães das crianças começam a chorar?"; "por que quando perguntamos o que está acontecendo, eles dizem que está 'tudo bem'?"

A equipe de Psicologia Hospitalar passou a trabalhar intensamente esses conteúdos nos grupos de crianças. Conjuntamente, abriu espaço para a discussão dessa conduta com a equipe de saúde nas reuniões interdisciplinares. A princípio resistente, a equipe manteve o comportamento de esconder o que se passava na sala de emergência alegando que muitas vezes eram necessárias condutas ressuscitadoras agressivas, na sua forma de entender, a quem pudesse, de fora, estar acompanhando-as.

Durante várias reuniões esse assunto norteou as discussões, buscando fazer com que a equipe compreendesse as conseqüências negativas de transmitir duplas mensagens aos pacientes.



Certa manhã, ao chegar à enfermaria, a equipe de Psicologia Hospitalar foi chamada pela equipe médica que relatou que durante a noite, enquanto tentavam, sem sucesso, salvar um bebê grave, recém-internado, perceberam um movimento na enfermaria ao lado da sala de emergência e constataram que por uma fresta dos lençóis pendurados um grupo de seis crianças agachadas inspecionava o trabalho da equipe médica. Descobertos, correram para seus leitos e lá permaneceram, mais uma vez, sem explicações sobre o que de fato estava ocorrendo.

Nesse dia, no grupo de crianças, abriu-se espaço para o ocorrido. A.N., mais uma vez como porta-voz do grupo, expressou sua frustração e indignação pela falta de explicações e principalmente por terem levado uma "grande bronca" pelo que estavam fazendo. A Psicóloga que dirigia o grupo abriu espaço para discussão das fantasias e dos temores das crianças, mas estas questionavam a conduta ambivalente da equipe.

Novas discussões com a equipe resistente não evitaram que após uma semana, com a piora clínica de A.N., ao necessitar ser encaminhada à sala de emergência, esta apresentasse uma grave reação de descontrole, beirando ao pânico, negando-se a entrar na sala tão temida. A equipe, diante das intensas reações da criança, "improvisou" uma sala contígua e, infelizmente, aprendeu, através do sofrimento de A.N., a necessidade de rever suas atitudes.

A partir dessa vivência, a equipe passou a se policiar para não incorrer no mesmo erro. Os "lençóis pendurados" foram trocados pelas explicações às crianças e aos acompanhantes destas. Mas, por longo tempo, a sala de emergência permaneceu "subutilizada" até que as crianças retomassem a confiança na equipe de saúde.

Através desse exemplo, torna-se fundamental destacar a importância das equipes de saúde que atuam com crianças hospitalizadas e terminais na clarificação e facilitação da expressão de seus sentimentos, fantasias e temores frente à morte, evidenciando a necessidade de ajudá-las no processo de elaboração do luto.

Bowlby (1985), estudando o processo de elaboração do luto em crianças, verificou que estas passam pelas diferentes etapas do processo, de forma semelhante aos adultos. Porém, o autor revela que a forma como esse processo ocorre está intimamente vinculada à forma como os adultos compartilham os sentimentos de dor, tristeza e desesperança com as crianças e que tipo de informação transmitem.

Raimbault (1979) refere que a elaboração do processo de luto só poderá ocorrer se houver uma desidentificação e desinvestimento de energia, a serviço da introjeção do objeto perdido. Esse processo desenvolve-se através de lembranças, atos, palavras e pela possibilidade de expressão, liberando energia para o estabelecimento de novos vínculos.

Kovacs (1994) diz que "quando a criança não consegue se desidentificar, ocorrem sentimentos de culpa, por se sentir responsável pela morte do outro, como resultado de seus impulsos destrutivos e do seu pensamento mágico onipotente. Pode então surgir uma necessidade de ser punida. Em alguns casos, a criança sente que deve acompanhar a pessoa morta como forma de reparar os seus erros."

Convém lembrar que a criança é muito mais saudável do que o adulto em sua relação com a morte, através de referências freqüentes e muito claras. Kovacs (1994) assevera que "desde muito pequena, a criança tem noções sobre a morte, como experiência vivida. Quando bebê vive a separação, mesmo que breve, como abandono e aniquilamento. Com o desenvolvimento cognitivo passa a perceber diferença entre mortos e vivos, primeiro levando em conta aspectos perceptivos e concretos, como imobilidade, não respiração, estar de olhos fechados. Por isto, inicialmente a criança associa morte ao sono. Depois começa a compreender aspectos mais abstratos como irreversibilidade, inevitabilidade e posteriormente a causalidade, até chegar a explicações lógico-catóricas na adolescência". Portanto, a fantasia de que a criança não assimila ou não se mobiliza com a realidade da morte é ilusória e não passa de negação ou minimização da realidade.

Assim, se os adultos mentem ou ocultam a verdade à criança doente, esta sente-se confusa, abandonada, expressando desolado sentimento de desesperança, pois já não tem a quem recorrer.

Kovacs (1994) afirma que "o escamoteamento da verdade provoca um sentimento de estar sendo enganado ou sendo considerado ingênuo, o que pode levar a um sentimento de profunda solidão."

Nesse sentido, o ocultamento da verdade prejudica a capacidade cognitiva e afetiva da criança doente, deixando marcas prejudiciais em seu desenvolvimento.

O adulto, na realidade, projeta na criança a parte infantil que não quer conhecer a verdade, coartando o processo de luto, acrescentando à dor da criança confusão, frustração e solidão, tornando a ausência do morto muito mais dolorosa e conflitiva. Ao esperar que o adulto lhe diga a verdade, a criança transfere essa esperança a serviço de uma necessidade defensiva de negação da morte. Quando o adulto mente, acrescenta à dor e à confusão uma permanente frustração.

Kovacs (1994) cita que "evitar falar sobre a morte com a criança, prática comum atualmente, é extremamente prejudicial a ela, pois percebe as coisas, mas ainda se sente confusa com suas percepções e não tem com quem confirmá-las. A morte de pessoas queridas provoca imensa dor, não falar com intuito de proteger da dor tem efeito contrário, aumentando a angústia e a confusão."

Assim, a criança pode passar a apresentar *microsuicídios* através de rejeição de alimentos, transtornos de sono, dificuldades escolares e transtornos neuróticos, podendo evoluir para um estado de compulsão de repetição em busca de expli-



ções sobre a morte. *Freud* acredita que frente à morte ou perda de um ser querido, existiria um impulso a seguir esse destino. Em 'Luto e Melancolia', o autor ensina que "a realidade impõe a cada um as lembranças e esperanças, que constituem pontos de união entre a libido e o objeto, seu veredicto de que dito sujeito já não existe e o eu situado ante a interrogação de que se quer *compartir tal destino*, decide-se, sob a influência das satisfações narcísicas da vida, a abandonar sua ligação com o objeto destruído". O que *Freud* explica é que, portanto, se esse ser já não vive, a criança não quer mais viver. Mesmo ocultos, esses impulsos mostram-se presentes, manifestando-se através de pequenos atos destrutivos e suicídios simbólicos que podem se tornar mais sérios se a criança permanecer confusa pela permanência da mentira (*Aberastury - 1978, Raimbault - 1979*).

Quando, ao contrário, se produz o esclarecimento, a criança mostra-se intensamente aliviada, mas o adulto, muitas vezes, incrementa sua ansiedade persecutória. *Freud* assegura que a discussão direta sobre a morte determina alívio e equilíbrio egóico. Além disso, *Maurer (1965)* refere que a pergunta "de onde vem os bebês?" não se interliga a questões que envolvem o desenvolvimento psicossexual, mas sim à indagação sobre a não-existência.

Em seus achados, *Torres (1991)* cita que os responsáveis pelas explicações que as crianças pedem sobre a morte devem considerar, acima de tudo, o nível de aptidão da criança para abstrair, bem como atentar ao egocentrismo e animismo expresso por esta, no subperíodo pré-operacional, como evidenciam estes exemplos extraídos de pesquisa realizada em 1978 pela autora citada: "Os mortos sentem fome?" "- Não". "Por quê?" "- Porque a terra esquenta eles"; "Os mortos se levantam?" "- Não". "Por quê?" "- Porque ficam em um caixão que não deixa eles saírem"; "Se uma pessoa morresse, o que você faria por essa pessoa morta?" "- Dava um remédio"; "Deixaria a pessoa morta no Hospital até que melhorasse?" "- Deixaria". (*Torres, 1991*).

Ressalta-se também que as crianças passam por diversas fases no desenvolvimento da percepção da morte.

Vários estudos relatam a concepção da morte em crianças partindo do critério de desenvolvimento considerando a idade cronológica (*Nagy, 1959; Bolduc, 1972; Tallmer, 1973; Kastenbaum, 1983*).

*Ajuriaguerra e Marcelli (1991)* propõem quatro fases que permitem localizar as principais etapas que a criança passa na compreensão da morte:

- 1 "fase de incompreensão total (0 a 2 anos);
- 2 fase abstrata de percepção mítica da morte (2 a 4-6 anos);
- 3 fase concreta de realismo e de personificação (até 9 anos);
- 4 fase abstrata de acesso à angústia existencial (a partir de 10-11 anos)".

Já *Kooker (1974)* e *Torres (1978)* utilizaram-se do critério de idade cronológica conjuntamente ao desenvolvimento cognitivo partindo dos achados de *Piaget*.

Segundo *Torres (1991)*, "esses resultados apontam para a importância do nível cognitivo na evolução do conceito de morte e são uma confirmação empírica das formulações teóricas de *Piaget*, segundo o qual o conceito de morte desenvolve-se em interação com outros conceitos. Assim, além do animismo e do egocentrismo infantil, conceitos de passado e futuro, de tempo como quantidade e de conservação - tanto de objeto quanto do eu - encontram-se entre as idéias em desenvolvimento que influem e são influenciadas pela idéia da morte".

No entanto, os achados de *Raimbault (1979)* ao avaliar textos de crianças internadas num Hospital, através de entrevistas não programadas, nada revelam sobre uma evolução cronológica do conceito de morte. Segundo a autora, "desde o momento em que uma criança aprende a falar, não se pode assinalar nenhuma evolução nas diferentes concepções que se tem da morte, em função de sua idade. Isso talvez distinga a criança fisicamente sã, ou que não sofreu a morte de um próximo, da criança atingida em seu corpo ou em seus relacionamentos com os outros".

Antes dos três anos, segundo *Gesell (1985)*, a criança não entende a idéia de morte, preocupando-se somente com a separação. *Bowlby (1954)* assevera que nessa fase, a criança pode vir a sentir saudades, pena, sem atribuir à morte seu caráter definitivo. Até os três anos, a situação de doença e iminência de morte impõe restrições ao desenvolvimento normal de autonomia - característica principal do período. A vivência da doença pode fazer com que as crianças, nessa idade, tornem-se apáticas, passivas e apegadas. Além disso, por se caracterizar também por intenso egocentrismo da criança, até os três anos elas acreditam que a doença e a hospitalização são situações que elas próprias fizeram acontecer numa relação concreta que afeta sua vida cotidiana - "alguma coisa que prejudica ou interfere em sua exploração" (*Wasserman, 1992*).

*Zlotowicz (1976)* refere que antes dos três anos, a criança passa a emprestar propriedades de vida aos objetos inanimados, falando diretamente com eles. Posteriormente, a propriedade do vivo passa a ser limitada ao que se move e mais tarde ao que se move por movimento próprio. Aos três ou quatro anos, elas passam a se preocupar com a origem dos seres em geral e sobre a sua própria origem. Perguntas como "Mãe, de onde é que eu vim?" refletiriam algo mais do que simplesmente a curiosidade ou a inquietude sobre a forma como os seres humanos são gerados. Para o autor, esses questionamentos evidenciam o assombro da criança diante da mudança, além das dificuldades em conceber sua própria transformação, num contexto que faz envelhecer os adultos e crescer as crianças, tendo que admitir que "tenha podido não ser e que possa um dia não mais ser". De



acordo com o autor, nessa fase, "o que é vivo, pelo menos segundo a idéia que disso faz a criança, pode cessar de ser; mas do mesmo modo que a oposição entre o vivo e o não-vivo está longe de ser absoluta para a criança, a mudança que de um ser vivo faz um morto não lhe é facilmente concebível. O próprio resultado dessa mudança, aquilo que chamamos verdadeiramente a morte, não é considerado como absoluto e pode receber uma gradação."

Dos três aos cinco anos, a morte não é um fator permanente para a criança - é uma separação provisória, uma ausência. Além disso, para ela, é reversível, semelhante ao sono e separação, porque esta ainda não possui a noção definitiva de causa e efeito. Nessa fase, a criança não recusa vida e consciência ao morto. A morte não provoca reações afetivas profundas, podendo a criança parecer insensível à morte de um familiar - a não ser que seja pai ou mãe. Nesse período, faz comentários e perguntas sobre a morte, às vezes mórbidos, revelando naturalidade e curiosidade.

Wasserman (1992) cita que "doença física durante este período pode limitar a capacidade da criança de atingir o controle motor e a competência social; a criança pode ter menos oportunidades para interação com seus pares e aprovação social. Os pais podem limitar as atividades da criança como um meio de tentar prevenir recorrências ou exacerbações de doença. Isto limita ainda mais o senso de domínio da criança e pode resultar em uma criança medrosa, passiva e excessivamente dependente de adultos." Além disso, como nessa fase as crianças mantêm pensamentos concretos e são ainda egocêntricas, podem interpretar a vivência da doença e morte como punição, expressando, não raro, raiva e ressentimento por não serem capazes como outras crianças.

Aos cinco anos, a criança já fala sobre a imobilidade dos mortos e associa que os mais velhos estão mais próximos de um fim. Mantém aparente ignorância sobre a morte, evidenciando a aceitação de vida na morte.

Torres (1980) cita estudo realizado por Nagy (1959) com 378 crianças húngaras de 3 a 10 anos, onde verificou que até os 5 anos as crianças não possuem noção da morte como definitiva, associando-a, não raro, a sono ou separação.

Em pesquisa objetivando avaliar a relação entre o desenvolvimento cognitivo (segundo Piaget) e a evolução do conceito de morte em crianças, Torres (1991) descreve que a criança com idade média de 5 anos e sete meses não estabelece diferenças entre seres animados e inanimados, no sentido de que, apesar de perceber e identificar seres vivos e seres mortos, não atingiu um grau de compreensão ou elaboração para o reconhecimento da morte. A autora cita que nessa fase, denominada subperíodo pré-operacional, "as crianças, embora não neguem a morte, são incapazes de separá-la da vida; admitem vida na morte - quer de forma explícita, quer atribuindo a fatores externos a impossibilidade de o morto realizar atividades ou ter sensibilidade - e não compreendem a morte como um processo definitivo e irreversível, mencionando modos pelos quais o morto poderá tornar a viver."

Nesse sentido, como o animismo e o egocentrismo - característicos dessa fase, influenciam a percepção da morte em crianças pré-operacionais. Através do animismo, a criança pré-operacional dá vida a seres inanimados e percebe os seres em geral como vivos e conscientes. Igualmente, encontra-se impedida de estabelecer a distinção necessária entre seres animados/vivos e inanimados/mortos.

Segundo Torres (1991), "além disso, a criança nesta etapa, não adquiriu a noção de constância (ou conservação do objeto). Assim, por exemplo, ela tem a mesma lua, ou que a lua de hoje é a mesma que a de ontem. Também nesta etapa, a criança ainda não tem a concepção de tempo bem firmada. As primeiras experiências infantis do tempo são de um tempo periódico e circular, e essa periodicidade do tempo é relevante na estruturação dos conceitos de animado e inanimado."

Aos seis anos, segundo Gesell (1985), a criança assume uma nova consciência da morte, apresentando reações afetivas nítidas diante da idéia de falecimento, medo da morte dos pais, relacionando comumente as situações de doença, morte, hospitalização e violência. Contudo, apesar de já se comover com temas que envolvem a questão da morte, ainda não crê que morrerá.

Zlotowicz (1976) cita que "aos cinco anos, e ainda aos seis anos, a criança imagina espontaneamente a vida como um ciclo em que o nascimento pode suceder a morte ou, pelo menos, que ao envelhecimento pode suceder uma nova juventude."

Aproximadamente aos sete anos, a criança desenvolve a capacidade de julgar e compreender causa e efeito, podendo avaliar as consequências desse fato. Cousinet (1939) registra que nessa fase a morte seria personificada pela criança, ora por uma pessoa bem individualizada, a qual se pode escapar, ora por uma maldição divina que pune alguns culpados.

Kubler-Ross (1969) cita que nessa idade a criança vê a morte como um esqueleto, um homem que "vem buscar as pessoas". Assim, a criança atribui a morte a uma intervenção externa.

Já Gesell (1985) determina que a criança de sete anos passa a se preocupar com caixões, funerais, túmulos e cemitérios, mas o fenômeno ainda não é universal e inevitável.

Wasserman (1992) diz que "por volta dos seis ou sete anos a permanência da morte é entendida, mas pode não ser vista como a consequência de cessação da atividade biológica."

Aos oito anos, Kooker (1974) cita que a noção de morte na criança elabora-se gradativamente como evento irreversível, ainda sem envolvimento realmente



pessoal, mas não sem referenciais ora mágicos ao envenenamento, ora morais ao castigo, ora religiosos à ressurreição. Muitas vezes, nessa idade, a morte é tida como uma punição em vez de algo natural, pois a criança já tem desenvolvida a sensação de culpa e passa a atribuí-la a si mesma. Além disso, nessa faixa etária, interessa-se pelo além da morte, não aceitando a morte de ente querido.

Para Kovacs (1994), entre os cinco e os nove anos, a criança percebe a morte como irreversível mas não universal, por vezes personificando-a.

Aos nove anos, a criança adentra à fase de operações concretas onde surgem as mais importantes estruturas cognitivas. "A aceitação de vida na morte e a crença na temporalidade e na reversibilidade da morte desaparecem como fenômeno real nesse período, em função da aquisição da reciprocidade e do desenvolvimento da constância do eu (ou de identidade) que se dá paralelamente com o desenvolvimento da constância do objeto" (Torres, 1991). Para a criança dessa idade, a morte acontece com todos e não é necessariamente induzida. A concepção de morte aparece como um processo biológico permanente.

Nesse sentido, Gesell (1985) relata que a criança, a partir de nove anos, apela para a biologia para entender a morte, para a falta de movimentos, de respiração, de pulso e temperatura. Cousinet (1939) diz que nessa fase, a morte passa a ter ocorrência universal, regida por leis naturais. Corroborando esses achados, Kooker (1974) destaca que o conceito de morte passa a ser mais preciso para a criança a partir de nove anos. A morte passa a ser inevitável, irreversível, universal, apresentando à criança reações de angústia e luto. Wallon (1975) considera que até os nove anos, a morte para a criança ainda não é uma ameaça pessoal. Aos poucos, segundo o autor, ela passa a compreender a dialética de transformações, associando que "o ser vivo é útil, o morto é inútil"; "o morto não se mexe nem sente, o ser vivo mexe-se e sente", reconhecendo a oposição radical entre vida e morte.

Torres (1991) denomina a fase cuja idade média gira entre nove anos e cinco meses de subperíodo de operações concretas - considerando os achados de Piaget. Nessa fase, a criança compreende e distingue seres animados de seres inanimados mas não consegue dar explicações lógico-categoriais sobre a causalidade da morte. Para a autora, "neste nível, as crianças já fazem oposição entre vida e morte e já não atribuem vida e consciência ao morto; definem a morte a partir dos aspectos perceptivos, reconhecendo, sobretudo, a imobilidade do morto. Entretanto, ainda não são capazes de estabelecer generalizações e dar explicações biologicamente essenciais." Todavia, a morte já é compreendida pela criança como condição definitiva, permanente.

Kovacs (1994) cita que "entre nove e dez anos, a morte é vista como sensação de atividades internas do corpo, e é universal."

A partir dos dez anos, a criança desenvolve explicações amplas, gerais essenciais e lógicas sobre a morte, enfocando a paralisação de órgãos essenciais,

reconhecendo a morte como parte da vida corporal. A oposição entre vida e morte, nessa idade, torna-se mais radical. Esse tipo de conceitualização, característico da criança no período de operações formais - idade média de 11 anos e seis meses, demonstra que a criança já estabelece distinção entre animados e inanimados, reconhecendo a morte aos seres animados. Além disso, a criança nesse período atinge a capacidade de dar explicações biologicamente essenciais e lógico-categoriais da causalidade.

A Figura 1 apresenta as diferentes etapas de concepção da morte na criança, partindo do critério de desenvolvimento considerando a idade cronológica:

**Figura 1**  
**Concepção da Morte em Crianças Normais**

| Idade      | Concepção da Morte                                         |
|------------|------------------------------------------------------------|
| Até 3 anos | Morte = separação                                          |
|            | Empresta propriedades de vida a objetos inanimados         |
|            | Sente saudades e pena                                      |
| 3 a 5 anos | Morte = separação provisória, ausência                     |
|            | Morte é reversível = sono                                  |
| 5 anos     | Considera a imobilidade dos mortos                         |
|            | Associa morte à velhice                                    |
|            | Aparente ignorância sobre a morte                          |
|            | Aceitação de vida na morte                                 |
| 6 anos     | Nova consciência da morte                                  |
|            | Reações afetivas nítidas diante da morte                   |
|            | Temor à morte dos pais                                     |
|            | Relação entre doença, morte                                |
| 7 anos     | Capacidade de julgar, compreender e avaliar causa e efeito |
|            | Personificação da morte                                    |
|            | Morte = intervenção externa                                |
|            | Preocupação com caixões                                    |



|                 |                                                                              |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 8 anos          | Morte = evento irreversível, sem envolvimento pessoal e não universal        |
|                 | Morte = punição                                                              |
|                 | Não-aceitação da morte de ente querido<br>Interesse pelo além da morte       |
| 9 anos          | Morte = processo biológico permanente                                        |
|                 | Morte como irreversível, universal<br>Reações de angústia e luto             |
| 10 anos ou mais | Morte como ameaça pessoal                                                    |
|                 | Morte como definitiva, permanente                                            |
|                 | Morte como parada da vida corporal                                           |
|                 | Explicações lógicas e amplas sobre a morte<br>Reconhecimento formal da morte |

Apesar das constatações apresentadas na Figura 1 a respeito da concepção da morte em crianças normais, a observação de crianças doentes e hospitalizadas evidencia a precoce capacidade de percepção da morte desses pacientes, sugerindo que a vivência da doença, tratamento e evolução para a morte determinam antecipação dos conceitos e da elaboração do processo de luto.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) referem que "a existência de uma doença de desenlace fatal confronta a família e a criança com a morte. Embora, evidentemente, a criança muito pequena dificilmente seja capaz de 'pensar a morte', as entrevistas clínicas com a criança próxima da morte demonstram que por vezes existe uma consciência muito mais desenvolvida do desenlace fatal do que crêem os adultos."

Dessa forma, na criança doente o conceito de morte pode se elaborar muito antes do conceito de vida, pois não há paralelismo rigoroso entre ambos - um ou outro pode preceder conforme a vivência da criança. Assim, o conceito de morte não se limitaria a um conceito operatório ou ao registro cognitivo, mas dependeria de outros dados da biografia da criança.

Evidencia-se, portanto, que a sensibilização da criança doente para com a morte é prematura, pois a criança doente percebe a morte, consciente ou inconscientemente, pois pelo próprio estágio de evolução encontra-se muito mais instintiva, estando mais próxima de seu corpo e mais apta a captar mudanças e sinais de

seu físico. Raimbault (1979) mostra que a criança doente é levada a refletir sobre os acontecimentos a que deve se sujeitar, que modificam sua relação consigo mesma, com seu corpo e com os outros. A autora sugere, então, que essa reflexão "obrigatória" levaria a criança doente aos mesmos tipos de representações e de conclusões sobre a morte dos adultos.

Nesse sentido, Ajuriaguerra e Marcelli (1991) deduzem que "a criança, embora muito pequena, parece ser capaz de pressentir sua morte de um modo por vezes dificilmente formulável; em alguns casos, a criança põe-se a recusar os cuidados até então aceitos sem oposição, pede para voltar para casa; em outros casos, pode verbalizar seus temores ou sua interrogação, sobretudo se tiver o sentimento de que o meio adulto poderá aceitar suas questões."

Já Kovacs (1994) informa que as crianças doentes "têm um contato mais direto e íntimo com seu corpo, portanto, percebem a sua deterioração, e suas perguntas pedem um maior esclarecimento do que já sabem."

Raimbault (1969), avaliando crianças nefropatas, denota que desde os cinco anos elas expressam da morte uma definição realista, com descrição do impacto sobre os sobreviventes, dos sentimentos do morto e da procura das causas. O autor sugere que a criança doente reage antes da sadia à morte e manifesta lutar contra a angústia envolvida na matéria através de ritos, mentiras, denegações, denúncias e transferências.

As crianças doentes não têm a menor necessidade de conceitos filosóficos para abordar a morte, para nela pensar ou imaginá-la, aceitá-la ou recusá-la. Partindo-se dessa premissa, pode-se distinguir a criança fisicamente sã ou que não vivenciou a morte de um ser próximo, da criança doente, atingida em seu corpo ou em seus relacionamentos com os outros, pois as crianças doentes expressam um conhecimento claro de sua morte iminente, sempre em relação com a doença que as aflige. Para estas crianças, a morte situa-se no destino de crianças doentes que vão aos Hospitais e não se curam.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) dizem que "a experiência da doença remete a criança a movimentos psicoafetivos diversos:

- 1 a regressão quase sempre acompanha a doença: retorno a uma relação de cuidados corporais e de dependência como aquela do lactente;
- 2 o sofrimento pode ser vinculado a uma vivência de punição ou a um sentimento de falta: a culpa freqüentemente infiltra a vivência da criança doente. Esta culpabilidade pode ser, por vezes, reforçada pelo discurso familiar ("apanhaste um resfriado porque não te cobriste bem" ou "devias tomar cuidado"), mas encontra a sua origem também na vida fantasmática da criança;



|                 |                                                                              |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 8 anos          | Morte = evento irreversível, sem envolvimento pessoal e não universal        |
|                 | Morte = punição                                                              |
|                 | Não-aceitação da morte de ente querido<br>Interesse pelo além da morte       |
| 9 anos          | Morte = processo biológico permanente                                        |
|                 | Morte como irreversível, universal<br>Reações de angústia e luto             |
| 10 anos ou mais | Morte como ameaça pessoal                                                    |
|                 | Morte como definitiva, permanente                                            |
|                 | Morte como parada da vida corporal                                           |
|                 | Explicações lógicas e amplas sobre a morte<br>Reconhecimento formal da morte |

Apesar das constatações apresentadas na Figura 1 a respeito da concepção da morte em crianças normais, a observação de crianças doentes e hospitalizadas evidencia a precoce capacidade de percepção da morte desses pacientes, sugerindo que a vivência da doença, tratamento e evolução para a morte determinam antecipação dos conceitos e da elaboração do processo de luto.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) referem que "a existência de uma doença de desenlace fatal confronta a família e a criança com a morte. Embora, evidentemente, a criança muito pequena dificilmente seja capaz de 'pensar a morte', as entrevistas clínicas com a criança próxima da morte demonstram que por vezes existe uma consciência muito mais desenvolvida do desenlace fatal do que crêem os adultos."

Dessa forma, na criança doente o conceito de morte pode se elaborar muito antes do conceito de vida, pois não há paralelismo rigoroso entre ambos - um ou outro pode preceder conforme a vivência da criança. Assim, o conceito de morte não se limitaria a um conceito operatório ou ao registro cognitivo, mas dependeria de outros dados da biografia da criança.

Evidencia-se, portanto, que a sensibilização da criança doente para com a morte é prematura, pois a criança doente percebe a morte, consciente ou inconscientemente, pois pelo próprio estágio de evolução encontra-se muito mais instintiva, estando mais próxima de seu corpo e mais apta a captar mudanças e sinais de

seu físico. Raimbault (1979) mostra que a criança doente é levada a refletir sobre os acontecimentos a que deve se sujeitar, que modificam sua relação consigo mesma, com seu corpo e com os outros. A autora sugere, então, que essa reflexão "obrigatória" levaria a criança doente aos mesmos tipos de representações e de conclusões sobre a morte dos adultos.

Nesse sentido, Ajuriaguerra e Marcelli (1991) deduzem que "a criança, embora muito pequena, parece ser capaz de pressentir sua morte de um modo por vezes dificilmente formulável; em alguns casos, a criança põe-se a recusar os cuidados até então aceitos sem oposição, pede para voltar para casa; em outros casos, pode verbalizar seus temores ou sua interrogação, sobretudo se tiver o sentimento de que o meio adulto poderá aceitar suas questões."

Já Kovacs (1994) informa que as crianças doentes "têm um contato mais direto e íntimo com seu corpo, portanto, percebem a sua deterioração, e suas perguntas pedem um maior esclarecimento do que já sabem."

Raimbault (1969), avaliando crianças nefropatas, denota que desde os cinco anos elas expressam da morte uma definição realista, com descrição do impacto sobre os sobreviventes, dos sentimentos do morto e da procura das causas. O autor sugere que a criança doente reage antes da sadia à morte e manifesta lutar contra a angústia envolvida na matéria através de ritos, mentiras, denegações, denúncias e transferências.

As crianças doentes não têm a menor necessidade de conceitos filosóficos para abordar a morte, para nela pensar ou imaginá-la, aceitá-la ou recusá-la. Partindo-se dessa premissa, pode-se distinguir a criança fisicamente sã ou que não vivenciou a morte de um ser próximo, da criança doente, atingida em seu corpo ou em seus relacionamentos com os outros, pois as crianças doentes expressam um conhecimento claro de sua morte iminente, sempre em relação com a doença que as aflige. Para estas crianças, a morte situa-se no destino de crianças doentes que vão aos Hospitais e não se curam.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) dizem que "a experiência da doença remete a criança a movimentos psicoafetivos diversos:

- 1 a regressão quase sempre acompanha a doença: retorno a uma relação de cuidados corporais e de dependência como aquela do lactente;
- 2 o sofrimento pode ser vinculado a uma vivência de punição ou a um sentimento de falta: a culpa freqüentemente infiltra a vivência da criança doente. Esta culpabilidade pode ser, por vezes, reforçada pelo discurso familiar ("apanhaste um resfriado porque não te cobriste bem" ou "devias tomar cuidado"), mas encontra a sua origem também na vida fantasmática da criança;



- 3 o acometimento do esquema corporal, ou antes, do "sentimento de si" no sentido mais amplo, depende da gravidade, da duração e da natureza do impedimento imposto pela doença, mas este sentimento é freqüente: corpo imperfeito, frágil, defeituoso. Em função do tipo de conflito, este acometimento do "sentimento de si" focalizar-se-á em fantasmas de castração ou em uma ferida narcísica mais ou menos profunda;
- 4 a morte, por fim, aparece em filigrana em certas doenças mesmo que a criança, assim como sua família, pouco falem disto."

Vários efeitos psicológicos podem ser citados como consequência da situação de doença grave e iminência de morte e hospitalização em crianças. A Figura 2 lista alguns efeitos mais importantes neste contexto:

**Figura 2**  
**Efeitos da hospitalização em crianças**

Negação da Doença  
 Revolta  
 Culpa e Sensação de Punição  
 Ansiedade  
 Depressão  
 Projeção  
 Solidão  
 Distúrbios Neuróticos  
 Comportamento "Esquizóide"  
 Frustração de Sonhos e Projetos  
 Privação da Realização  
 Regressão e Busca de Proteção  
 Intolerância Emocional  
 Negativismo

As reações de culpa e sensação de punição, ansiedade e depressão, acrescidas dos distúrbios neuróticos e comportamentos "esquizóides", podem ser destacadas como causadoras de intenso descontrole emocional à criança doente.

Manifestações de ansiedade na criança gravemente doente e hospitalizada são causadas por temores, dúvidas, sensação de culpa e punição, alterações em

auto-imagem e autoconceito (emagrecimento, anorexia, amputações, deformações e sangramentos) sentimento de desvalia e fantasias decorrentes da situação de doença em si e principalmente pelas intercorrências advindas da hospitalização (condutas terapêuticas agressivas, longos períodos de internação, vivências traumáticas no Hospital). Apesar de esperadas, devem ser mantidas sob controle, evitando-se reações de pânico, com perda de controle, súplicas, confusão e intensa regressão. Assim, o apoio psicológico intensivo torna-se fundamental para que a criança possa retomar o equilíbrio perdido.

Estados depressivos podem se evidenciar quando a criança gravemente doente volta à sua hostilidade contra si, onde a raiva de estar doente e hospitalizada cede lugar a um intenso sentimento de perda, expresso através do esforço em elaborar o fim da saúde e da vitalidade. Reações de apatia, isolamento, tristeza, hipoatividade e impotência podem ser claramente percebidas e exacerbadas pela imediata reação de proteção do ambiente.

Associados à sensação de culpa e ansiedade, os distúrbios neuróticos caracterizam-se por medos específicos e fobias, comportamentos compulsivos e ritualizados acrescidos de inaptidão em tomar decisões.

Comportamentos "esquizóides" evidenciam-se pela intensa sensação de deslocamento, pelo sentimento de malquerença persistente, pela oscilação em total docilidade ou rebelião exagerada, pela instabilidade emocional, sentimentos paranóides (aos pais e equipe de saúde), idealismo parecendo negação da realidade, rígida conformidade, sentimento de desajustamento, experiências imaginárias, conflitos e culpa, sentimento de perda de controle e intensa vulnerabilidade.

É importante ressaltar que os efeitos da hospitalização nas diferentes fases de desenvolvimento da criança também evidenciam como esta se defronta à situação de doença e iminência de morte. Através da Figura 3, pode-se verificar que o desenvolvimento infantil torna-se comprometido pelas vivências que a criança se vê obrigada a enfrentar.

**Figura 3**  
**Efeitos da Hospitalização nas Diferentes Fases do Desenvolvimento**

| Faixa Etária | Características Principais     | Efeitos da Hospitalização |
|--------------|--------------------------------|---------------------------|
| 0 a 18 meses | Necessidade de afeto/segurança | Sensação de abandono      |
|              | Figura materna como primordial | Depressão anaclítica      |
|              |                                | Hospitalismo              |



| Faixa Etária  | Características Principais                                      | Efeitos da Hospitalização                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 a 18 meses  | Dependência / proteção<br>Busca de satisfação de necessidades   | Tensão<br>Agitação<br>Insegurança                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 0 a 18 meses  | Não-consciência do <i>self</i>                                  | Ausência da relação entre hospitalização e desconforto                                                                                                                                                                                                                                   |
| 0 a 18 meses  | Ajustamento<br>Busca de equilíbrio entre conduta e necessidades | Temor à aproximação<br>Irritabilidade<br>Apatia desligamento<br>Estados depressivos e/ou ansiosos<br>Dor – isolamento social<br>– transtorno da alimentação e sono                                                                                                                       |
| 18m. a 3 anos | Egocentrismo                                                    | Criança crê que causou a hospitalização<br>Intensa sensação de desproteção e abandono<br>Temor à perda de amor                                                                                                                                                                           |
| 18m. a 3 anos | Pensamento concreto                                             | Percepção concreta da doença e hospitalização afetando a vida cotidiana<br>– sofrimento intenso<br>– não compreende a hospitalização<br>– dificuldades de adaptação<br>– temor à separação<br>– ansiedade : no confronto com estranhos diante de procedimentos<br>Fantasias assustadoras |

| Faixa Etária  | Características Principais                                         | Efeitos da Hospitalização                                                                                                                                                                       |
|---------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18m. a 3 anos | Controle de si e das situações através da exploração e manipulação | Imposição de medidas terapêuticas levam à interferência no desejo por controle                                                                                                                  |
| 18m. a 3 anos | Busca da autonomia                                                 | Perda da autonomia<br>Aumento dos comportamentos de vínculo e regressão<br>Luta para manter habilidades adquiridas                                                                              |
| 18m. a 3 anos | Imposição contra limites                                           | Intensa reação contra restrições da doença<br>Agressividade<br>Ambivalência ou relutância da família na imposição de limites determinam interferência no desenvolvimento do controle do impulso |
| 3 a 6 anos    | Pensamento concreto/egocentrismo                                   | Dor, sintomas e condutas como punição                                                                                                                                                           |
| 3 a 6 anos    | Domínio de habilidades, conceitos, valores e relações              | Limite à capacidade de atingir controle motor e competência social<br>Limite à interação com pares e aprovação<br>Limite ao senso de domínio causando temores, passividade, dependência         |



| Faixa Etária | Características Principais                 | Efeitos da Hospitalização                                                                               |
|--------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 a 6 anos   | Espontaneidade máxima                      | Regressão: anorexia, lambuzar-se regressivo, recusa à mastigação, perda do controle esfinteriano        |
|              | Flutuações dependência/independência       | Gratificações primitivas/caráter pré-genital                                                            |
|              | Jogos integrados/cooperativos              | Balanceio, masturbação, chupar o dedo                                                                   |
|              | Relações com novos adultos                 | Retardo do ingresso na escola: aumento da dependência, raiva por ser diferente                          |
|              | Desenvolvimento psicosssexual              |                                                                                                         |
| 6 a 12 anos  | Importância dos grupos, pares              | Raiva/culpa                                                                                             |
|              |                                            | Ressentimento por ser diferente                                                                         |
|              |                                            | Interferência nas relações com o grupo                                                                  |
| 6 a 12 anos  | Compreensão de causa e efeito              | Morte personificada, ameaça gradual e pessoal, interesse pelo além da morte, reações de angústia e luto |
| 6 a 12 anos  | Aquisição de habilidades sociais e físicas | Faltas escolares                                                                                        |
|              | Desenvolvimento do senso de realização     | Insegurança e ansiedade                                                                                 |
|              | Ajustamento ao <i>setting</i> escolar      | Aumento de queixas físicas/faltas                                                                       |
|              |                                            | Diminuição de habilidades cognitivas e capacidade de concentração                                       |
|              |                                            | Frustração de sonhos e projetos                                                                         |

Nesse sentido, percebe-se que os efeitos da hospitalização atingem a criança nas diferentes etapas do desenvolvimento, possibilitando a compreensão de que a criança doente possui uma concepção precoce da morte pelas próprias vivências impostas pela doença e pela reação do ambiente que lhe aponta a gravidade do contexto.

*Aberastury (1984)* afirma que a criança percebe o perigo de morte em seu corpo e o momento em que vai morrer.

*Wasserman (1992)* cita que "em algum ponto no curso de suas doenças, todas as crianças e adolescentes e suas famílias perguntam-se sobre o futuro". No entanto, segundo o autor, a compreensão do conceito de morte irá depender do estágio de desenvolvimento do paciente. Além disso, "no que diz respeito a sua própria morte iminente, as crianças sabem quando estão seriamente doentes. Não apenas elas se sentem doentes, sentem dor e/ou têm dificuldades para respirar, mas elas também sentem a angústia naqueles à sua volta. Para algumas crianças, como para alguns adultos, a morte é um alívio bem vindo para a dor e sofrimento de suas doenças" (*Wasserman, 1992*).

*Raimbault (1979)* afirma que a criança doente percebe a gravidade de sua doença e a iminência de morte. Através do relato de uma paciente, a autora evidencia esses aspectos: "*Eles não me dizem nada, porém eu sei. Tenho um tumor. Existem crianças que morrem, eu também vou morrer.*"

Segundo *Kovacs (1994)*, a criança doente vivencia a situação de morte desde o princípio de sua doença através de separações durante a hospitalização, de medo ao desconhecido, de temor ao aniquilamento. *Flores (1984)* ao avaliar crianças terminais utilizando o teste Desenhos-Estórias de Walter Trinka verificou que diante da morte seus temores referiam-se à cessação da vida, perda do movimento vital, experiência de sensações físicas e psíquicas desagradáveis, perda da existência, aniquilamento, desaparecimento, perda da individualidade, perda do brilho e do vigor, esquecimento e desaparecimento da lembrança dos vivos. O autor apontou ainda que nas crianças doentes avaliadas, a angústia de morte envolvia os sentimentos de rejeição e o temor à separação, demonstrando clara percepção da morte.

Já *Weller et Weller (1992)* citam que "além da morte em si, o que a criança ou adolescente mais teme é ficar sozinho, sentir dor e ser esquecido."

Alguns aspectos devem ser cuidadosamente considerados como determinantes de alterações psicológicas decorrentes da situação de doença, hospitalização e iminência de morte da criança. Através da avaliação desses aspectos pode-se configurar um diagnóstico necessário para um eficaz plano de tratamento psi-



cológico. A Figura 4 mostra os fatores determinantes de alterações psicológicas em crianças gravemente enfermas e terminais:

Figura 4

### Aspectos Determinantes de Alterações Psicológicas

|                                            |
|--------------------------------------------|
| Traços de Personalidade                    |
| Antecedentes Educacionais                  |
| – Religiosos                               |
| – Étnicos                                  |
| – Sociais                                  |
| Idade                                      |
| Sexo                                       |
| Recursos Familiares                        |
| Econômicos                                 |
| Sociais                                    |
| Maturidade Interna                         |
| Grau de Integração                         |
| Crenças sobre Doenças e Morte              |
| Reações a Crises Passadas                  |
| Reações a Perdas Significativas            |
| Antecedentes Psiquiátricos                 |
| Doença Psiquiátrica                        |
| Sinais Psicológicos e Físicos de Depressão |
| Manifestações Ansiosas                     |
| Nível de Hostilidade e Grau de Dependência |



## ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO HOSPITALAR

*“A flor do campo floresce  
apenas por uma hora e,  
no entanto, ela não difere  
em essência, do gigantesco  
pinheiro que vive uma  
centena de anos”*

Teitoku Matsunaga

É primordial que as crianças gravemente doentes ou em estágio terminal possam participar nas enfermarias pediátricas ou nos ambulatorios de atividades lúdicas programadas, dirigidas por profissionais de saúde mental - psicólogos ou psiquiatras, pois através do brinquedo ela poderá experimentar sua nova forma de ser.

Naturalmente, brincar é a forma de autoterapia da criança e esta atividade pode se transformar em excelente instrumento preventivo, diagnóstico, prognóstico e terapêutico às crianças na situação de morte, pois experienciando, tomando consciência ou descobrindo através do brinquedo, a criança terminal pode formular e assimilar o que experencia, facilitando a internalização, amadurecimento e elaboração do processo de luto.

Assim, nas atividades, deve-se encorajar ao máximo as fantasias utilizando-as como instrumento terapêutico, pois através delas pode-se descobrir qual é o processo psicológico da criança, penetrar nos recantos mais íntimos de seu ser, trazer à luz de sua consciência o que está oculto ou o que evita e, enfim, desvendar o que ela sente a partir de sua perspectiva.

Portanto, deve-se buscar nas atividades o fortalecimento de auto-estima e autoconceito criando oportunidades para que a criança possa retomar seu equilíbrio psíquico, pois ao recuperá-lo pode explorar e descobrir alternativas na situação de



doença. A meta, assim, é ajudá-la a tomar consciência de si mesma, de sua existência no mundo e de sua situação de doença e iminência de morte, reconstruindo seu senso de eu, fortalecendo suas funções de contato e renovando o contato com seus sentidos e sentimentos. Ao fazer isso, pode-se redirecionar a criança para a percepção mais saudável das funções de contato que lhe restam e em direção a comportamentos mais satisfatórios.

Pode-se utilizar de uma grande quantidade de técnicas específicas incluídas em atividades programadas para o Hospital para ajudar as crianças a expressarem seus sentimentos. Primordialmente, deve-se incentivar o compartilhar de sentimentos e promover autodescoberta para que a criança possa reconhecer, aceitar e expressar seus sentimentos. Assim, quando lhe é pedido para contar uma história a partir de um estímulo de uma figura de um animal doente, esta história é a afirmação de sua consciência. Quando se facilita a expressão de sentimentos através do *play-mobil* de Hospital, busca-se a consciência explícita. E, com o desenvolvimento da consciência, a criança doente começa a examinar opções e escolhas disponíveis; pode lidar melhor com temores ocultos que impedem escolhas saudáveis.

Portanto, é de suma importância a tarefa de ajudar as crianças doentes a se sentirem fortes dentro de si mesmas, plenas de que possuem escolhas mesmo na situação de doença e morte. A principal tarefa do profissional de saúde mental é apontar caminhos, oferecendo condições de forma direta, sem invadir - sendo leve e delicado sem ser passivo, aceitando a criança com respeito e consideração.

Várias atividades podem ser programadas na rotina do Hospital, como mostra a Figura 5.

**Figura 5**  
**Atividades Psicoterapêuticas no Hospital**

|       |                            |                                                                                   |
|-------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Artes | Desenho livre              | Expressão de tendências inconscientes                                             |
| Artes | Pintura livre a dedo       | Expressão de sentimentos<br>Calmante<br>Fluente<br>Desenhar e apagar/<br>fracasso |
| Artes | Pintura de modelos prontos | Situações de doença e hospitalização                                              |

|       |                                        |                                                                                                                                                                                 |
|-------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Artes | Desenho ou pintura                     | Hospital<br>Doença<br>Casa<br>Equipe                                                                                                                                            |
| Artes | Desenho                                | "Se você fosse mágico..." desenhe                                                                                                                                               |
| Artes | Desenho                                | "Desenhe alguma coisa que você gostaria de não ter feito"                                                                                                                       |
| Artes | Desenho de polaridades                 | Fraco/forte<br>Saúde/doença<br>Gosto/não gosto<br>Medo/coragem<br>Tristeza/alegria<br>Vida/morte                                                                                |
| Artes | Manuais sobre a doença, hospitalização | Projeção<br>Identificação<br>Elaboração                                                                                                                                         |
| Artes | Recortes e colagens                    | Projeção<br>Internalização                                                                                                                                                      |
| Artes | Modelagem                              | Manifestação de processos internos primários<br>Fluidez - aproxima a criança dos sentidos, penetra na armadura protetora<br>Crianças inseguras - sensação de controle e domínio |



|                      |                                          |                                                   |
|----------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Hospital de crianças | Recorte e colagem de figuras do Hospital | Hospital real X imaginário                        |
|                      |                                          | Doença X cura                                     |
|                      |                                          | Vida e morte                                      |
|                      |                                          | Eliminação de falsos conceitos                    |
|                      | Desafios                                 | Afirmiação da consciência                         |
|                      | Histórias coletivas                      | Identificação                                     |
|                      |                                          | Compartilhar de sentimentos                       |
|                      | Completar sentenças                      | Identificação                                     |
|                      | Fantoques/Teatro de fantoches            | Segurança para exteriorização de sentimentos      |
|                      |                                          | Integração de sentidos                            |
|                      | Teatro                                   | Reforço à autoconsciência                         |
|                      |                                          | Desenvolvimento de identidade                     |
|                      | Dramatização                             | Eliminação de falsos conceitos                    |
|                      |                                          | Preparo para condutas                             |
|                      | Play-mobil de Hospital                   | Exame de opções                                   |
|                      |                                          | Escolhas disponíveis                              |
|                      |                                          | Novas formas de ser                               |
|                      |                                          | Consciência explícita                             |
|                      | Árvore da Vida                           | Montagem de árvore com material colhido no jardim |
|                      |                                          | Observação diária                                 |
|                      |                                          | Noção de vida e morte                             |
|                      | Coleções/Plantações                      | Noção de evolução                                 |



## A FAMÍLIA E A MORTE DA CRIANÇA

*"O mais difícil é quando a criança morre repentinamente, sem dar tempo às pessoas e à família dizer 'eu te amo' pela última vez. O que eu tenho tentado transmitir às pessoas é que essas coisas devem ser ditas e expressadas enquanto a criança que se ama está em condições de ouvi-las e senti-las".*

Kubler-Ross, 1981.

Os pais e a família, como um todo, são elementos altamente representativos do desenvolvimento infantil, no sentido de que a família é a unidade de representação básica da criança.

Para Knobel (1992), "a família é um dos grupos primários e naturais de nossa sociedade, no qual o ser humano vive e consegue se desenvolver. Na interação familiar, que é prévia e social (porém determinada pelo meio ambiente), configura-se bem precocemente a personalidade, determinando-se aí as características sociais, étnicas, morais e cívicas dos integrantes da comunidade adulta". Dessa forma, a ocorrência da doença em um filho e a possibilidade de morte deste deve ser considerada e compreendida como um fenômeno social, referendando-se as características da família para uma compreensão melhor do processo.

Acresce-se o fato de que tal ocorrência determina à família alguns fatores determinantes de intensa angústia e desorganização psicológica. Assim, a família defronta-se com a perda do sentimento de invulnerabilidade, sendo frontalmente atingida em sua falsa sensação de proteção e imortalidade. Evidencia-se, em



consequência, intensa desestruturação familiar, desencadeando-se forte sofrimento causado pela angústia de morte. A família também perde sua conexão com o mundo habitual e o controle que exercia em sua estrutura pelas intensas vivências advindas pelo tratamento, pelo temor ao desconhecido, pela necessidade de constantes internações, tratamentos às vezes onerosos, pelo contato obrigatório com diferentes profissionais, pela exposição de sentimentos, pela perda, enfim, do controle do próprio destino. Ressalta-se também a perda da aptidão e plenitude de raciocínio decorrente da própria situação ameaçadora em si que traz questões sem respostas: "Por que isso foi acontecer com meu filho?"; "Aonde foi que eu errei?"; "Ele conseguirá suportar?"; "O tratamento será efetivo?"; "Posso confiar a vida de meu filho a esses profissionais?".

Segundo Garkinkel et al (1992), "a família pode ser melhor entendida como um sistema em equilíbrio em três níveis inter-relacionados". Assim, no nível intrapsíquico, cada membro da família buscará manter e estabelecer determinado equilíbrio entre as demandas biológicas, psicológicas e sociais conflitantes, configurando-se o equilíbrio intrapsíquico (psicológico), as formas ou mecanismos de defesa utilizados para essa manutenção. Ao nível interpessoal, os membros de uma família estarão sempre em inter-relação, produzindo e sofrendo efeitos da dinâmica familiar. Por fim, ao nível social, os membros da família e também a família como uma unidade estão permanentemente influenciando e sendo influenciados pelo ambiente social ou extrafamiliar.

Assim, os níveis intrapsíquico, interpessoal e social de uma família encontram-se naturalmente inter-relacionados e o que ocorre com um membro da família afetará as respostas de outros membros e vice-versa, num movimento compensatório. Porém, o equilíbrio de uma família é um equilíbrio homeostático ou autoperpetuante, sendo que, muitas vezes, se apresenta como um mecanismo utilizado pelo grupo para se defender de ameaças de ruptura causadas por situações de dor, aniquilamento, ansiedade, depressão, raiva, etc.

Os estudos que envolvem a dinâmica de uma família partem de referências como sendo esta um grupo organizado – uma estrutura onde ocorrerão relações que configuram o funcionamento desta. Contudo, é evidente que a iminência de morte de um de seus membros, principalmente quando se trata de uma criança, determina a desestrutura do grupo familiar e a explosão de intensos sentimentos que variam entre revolta, desespero, depressão e a negação da realidade, entre outros.

Assim, a maneira como as crianças reagem à situação de uma doença grave ou terminal é reflexo de alguns fatores amplamente conhecidos, como: sua idade, o estágio de desenvolvimento em que se encontram, o desconforto pela doença, o tipo de tratamento e seus efeitos colaterais, as limitações impostas, o entendimento da situação de doença, as reações do ambiente à sua volta e sua estrutura emocional.

Também as famílias mostram-se responsivas à doença e ao tratamento, às reações da criança e aos seus próprios sentimentos e dinâmicas pessoais. Segundo Wasserman (1992), "as reações positivas e negativas de crianças e pais são interdependentes".

Na busca do reequilíbrio, os membros da família de uma criança doente dinamizam-se no ajuste às mudanças de papéis, o que quase sempre impõe relações peculiar de sentir e expressar seu sofrimento. Agravando este fato, além do conflito individual de cada membro da família frente à iminência de morte da criança, a família deve enfrentar o problema em si da criança, estando, evidentemente, quase sempre incapacitada e fragilizada para tal exigência, o que dificulta e agrava a redistribuição de cargas afetivas, necessárias para a manutenção da estrutura familiar nessa situação crítica.

Para a família, o diagnóstico de uma doença grave, potencialmente terminal na criança, é fator de ruptura e de intensa desestrutura psicológica. Assim como as crianças, as famílias também passam por diferentes estágios que envolvem um primeiro momento de choque e descrença (negação), seguido de raiva e ressentimento para adentrar posteriormente num estágio norteado pela culpa por condutas ou sentimentos em relação ao paciente. Posteriormente, a família encaminha-se para o estágio de tristeza (depressão) para, ao final, atingir a condição de aceitação. Essas reações também mostram-se presentes durante a evolução do tratamento. Wasserman (1992) afirma que "a reação inicial é de choque acompanhada por medo e ansiedades agudos do possível resultado fatal da doença. Descrença ou mesmo negação estão associados com o choque, especialmente se a criança não parece doente; seguem-se raiva e ressentimento, acompanhados de culpa. Tristeza e mesmo depressão clínica vêm em seguida. Na maioria dos casos, a aceitação da situação é o resultado final. Durante o curso da doença, os pais podem flutuar de um estágio para o seguinte (...)."

Todavia, é necessário ressaltar que alguns momentos do processo são especialmente geradores de intenso estresse à família e aos pacientes, marcados pela angústia advinda da gravidade da doença, pelo temor ao desconhecido, pela rebelião de sentimentos quase que incontroláveis ao grupo familiar, como mostra a Figura 6 (Wasserman, 1992).

**Figura 6**  
**Períodos de Aumento de Estresse em Familiares e Crianças**

| Períodos de Estresse Aumentado       |
|--------------------------------------|
| Aparecimento e diagnóstico da doença |
| Hospitalização                       |



Aparecimento de complicações resultantes do tratamento

Mudança de condição aguda para crônica

Fracasso terapêutico

Recidivas da doença

Escolha de condutas terapêuticas

Cuidados terminais

Entretanto, podem-se evidenciar as reações mais frequentes dos familiares nas diferentes etapas da doença, conforme mostra a Figura 7:

**Figura 7**  
**Reações Frequentes nas Diferentes Etapas da Doença**

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Início do Tratamento</b>     | Expectativa de cura/controle         |
|                                 | Esperança                            |
|                                 | Racionalização                       |
|                                 | Repressão                            |
|                                 | Regressão                            |
|                                 | Negação/Raiva                        |
|                                 | "Conspiração do silêncio"            |
|                                 | Abandono do tratamento               |
| <b>Tratamento Intermediário</b> | Busca de tratamentos alternativos    |
|                                 | Situação de cura em potencial        |
|                                 | Colaboração com esforço              |
|                                 | Racionalização                       |
|                                 | Esperança                            |
|                                 | Ansiedade pelos efeitos da medicação |
|                                 | Aumento da angústia de morte         |
|                                 | Dependência emocional progressiva    |
|                                 | Sensação de desvalia                 |

**Tratamento Intermediário**

Perda do controle/liberdade

Fantasia/dúvidas

Diminuição da "conspiração do silêncio"

Labilidade emocional

Escravidão ao tratamento

**Recidivas e Novos Tratamentos**

Frustração

Dúvidas sobre o tratamento e competência da equipe

Descrença

Revolta

Culpa/sentimento de incapacidade

Depressão

Aumento do medo

Aumento da angústia de morte/insônia

Aumento das queixas/pedidos

Aumento da necessidade de atenção

Dificuldade em reiniciar o tratamento

Efeitos colaterais intensos

Busca de tratamentos alternativos

Abandono de tratamento

Desestrutura familiar

**Fase Terminal da Doença**

Período intenso

Temor ao abandono/separação

Temor ao sofrimento

Insônia/agitação

Regressão

Aumento da angústia de morte



Assim, em decorrência dessa configuração caótica, a dinâmica familiar pode apresentar funcionamentos peculiares em reação à situação, como apresenta a Figura 8: a criança à morte passa a ser a figura central na família, modificando-se as hierarquias preexistentes; o subsistema conjugal tende a perder importância frente ao parental, assumindo, não raro, o colorido de culpabilização; é evidente a sobrecarga físico-emocional para o elemento que se ocupa da criança em iminência de morte, traduzindo, em consequência, uma diminuição da relação aos outros membros da família; comumente, aparecem conflitos em outros membros da família em função do estresse das mudanças adaptativas impostas ao sistema familiar e, ainda, os conflitos anteriores, característicos daquele grupo familiar, agravam-se ou, ao contrário, passam a segundo plano, durante algum tempo.

São comuns os conflitos matrimoniais em virtude do caos familiar instalado pela situação de doença e iminência de morte de um filho. Gauderer (1985) cita a alta incidência de divórcios durante o quadro terminal ou após a morte da criança. Nixon e Pearm (1977), estudando as seqüelas emocionais de familiares após a morte de um filho, verificaram que 24% dos pais que perderam um filho por afogamento separaram-se, contra 0% daqueles em que a criança se salvou.

Ressalva-se ainda que muitas vezes as famílias passam a manter uma relação superprotetora com os filhos sobreviventes, desenvolvendo um exagerado nível de ansiedade de separação, agravado pelo fato de que os filhos sobreviventes, não raro, sentem-se culpados por permanecerem vivos, principalmente se mantiveram relações de hostilidade com o irmão morto.

A desestruturação familiar devido à iminência ou à morte de um filho também pode determinar a "síndrome do filho reposto", situação criada pelo desejo dos pais de gerarem outro filho para substituir aquele que vai morrer ou já morreu.

De qualquer forma, as intensas reações da família de uma criança gravemente doente ou terminal corroboram que o enfrentamento da doença e a morte de um filho representam uma das provações mais exigentes para a família, principalmente quando o sofrimento da criança se prolonga.

**Figura 8**  
**Consequências da Situação de Iminência de Morte na Família**

| Funcionamentos Peculiares da Família em Reação à Iminência de Morte da Criança | Consequências                             |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Criança doente torna-se figura central na família                              | Modificação das hierarquias preexistentes |
| Subsistema conjugal perde espaço para o parental                               | Culpabilização                            |

|                                                           |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Sobrecarga físico-emocional para quem se ocupa da criança | Diminuição da relação com outros membros da família                                |
| Aparecimento de conflitos em outros membros da família    | Impossibilidade de resolução pelo estresse instalado/ Caos, desintegração familiar |
| Conflitos anteriores agravam-se ou passam a segundo plano | Desintegração familiar                                                             |

Valle (1991) diz que após o diagnóstico de uma doença grave "as experiências pelas quais os pais passam sofrem transformações que significam a perda do mundo habitualmente vivido por eles, e isto os leva a se sentir estranhos nessa nova situação. Assim, passam a habitar um outro mundo – o mundo da doença do filho – que, para eles, significa mudanças, acarretando inseguranças, em vários aspectos tais como: familiar – a família se desorganiza em função das idas da criança doente ao Hospital; financeira – os gastos são maiores com transporte, medicamentos, exigências e pedidos que a criança doente costuma fazer". Mudanças pessoais na família também devem ser consideradas devido aos cuidados e à permanência em constante disponibilidade à criança doente e à própria doença e aos tratamentos correlatos, associados à sensação de impotência. Além disso, a perspectiva de morte da criança atinge os pais de forma intensa, realçando manifestações de tristeza, perplexidade, angústia e insegurança.

A ocorrência de uma doença grave em um filho, determinando a perda do mundo habitual anteriormente vivido, também impele os familiares a intensos sentimentos de solidão e isolamento, caucados nas ambivalências determinadas pelo próprio processo: "permanência e transitoriedade, poder e impotência, vida e morte" (Valle, 1991).

Entretanto, a manutenção de uma relação familiar equilibrada e consistente à criança na iminência de morte depende de alguns fatores fundamentais que devem ser considerados cuidadosamente. A Figura 9 apresenta os fatores determinantes da relação família-criança gravemente enferma ou terminal.

**Figura 9**  
**Fatores Determinantes na Relação Família-Criança Gravemente Enferma ou Terminal**

| Fatores Determinantes            |
|----------------------------------|
| Estruturação anterior da família |



Dinâmica familiar anterior

Representatividade da criança na família

Antecedentes familiares traumáticos/perdas

Capacidade de processar informações

Recursos de adaptação

Reações diante de crises

Antecedentes vinculados ao nascimento do paciente

Idade do paciente

O primeiro fator refere-se a que as características principais dessa relação serão norteadas pela *estrutura anterior da família*. Evidentemente, uma família *amalgamada* não obterá recursos para lidar com os múltiplos componentes externos e internos inerentes à situação de doença e morte, pela própria configuração fechada que impossibilita trocas e elaboração do processo conflitivo. Da mesma forma, uma família *dividida* e uma *em desintegração*, onde seus membros agem individualmente em detrimento do coletivo, dificilmente conseguirão obter recursos para enfrentar a situação pela impossibilidade de trocas afetivas e de apoio intensivo.

Por outro lado, há uma gama de atitudes parentais, mesmo na situação de doença grave e morte, será mantida, por se caracterizar como elemento constitucional dos membros da família. Assim, pais impulsivos, apáticos, agressivos, rejeitadores ou ambivalentes irão colorir com estes elementos as relações com a criança doente, estruturando e exacerbando uma dinâmica extremamente negativa.

A *dinâmica familiar anterior* é o segundo fator determinante dessa relação. Pless (1984) afirma que "o fator mais crítico no risco de desenvolvimento de desajuste psicossocial na criança cronicamente enferma é provavelmente a forma como a família funciona e é capaz de adaptar-se à doença da criança." Garfinkel et al (1992) citam o funcionamento de duas famílias cujos pacientes de 16 (J.) e 15 anos (E.), respectivamente, haviam amputado o braço devido a um sarcoma osteogênico. Os autores mostram que a aceitação da doença, as incapacidades e o apoio das famílias ocorreu de forma rigorosamente oposta. Enquanto que a família do paciente de 16 anos apresentava uma dinâmica anterior de apoio mútuo entre seus membros, intensas trocas afetivas e uma postura constante de compreensão, a do paciente de 15 anos já possuía, anterior à situação de doença, uma dinâmica totalmente desestruturada. Os pais desse adolescente disputavam e dividiam abertamente o afeto entre seus filhos, sendo que a mãe protegia o paciente e o pai

um irmão. A irmã mais velha havia fugido de casa para se casar. J., de 16 anos, foi capaz de elaborar a perda de seu braço, aceitando sua incapacidade. Com o intenso apoio da família, aprendeu a escrever e a dirigir com a mão esquerda, logo retomando suas atividades anteriores. No entanto, os pais de E. separaram-se durante uma de suas internações para tratamento e o paciente apresentava depressões frequentes, necessitando de medicação e se recusando a assumir qualquer tipo de participação ativa em seu tratamento, fugindo das responsabilidades por tarefas extremamente simples. Para agravar a situação, E. negava-se a reconhecer seus sentimentos, mantendo-se conflitivo e, principalmente, intensamente solitário em seu sofrimento.

Segundo Grünspan (1987), "a situação psicotraumatizante prolongada entre os pais ou no seio da família, causando uma atmosfera de inadequação ou sofrimento, poderá levar a criança à falta de interesse ou superficialidade nas relações, ou mesmo, determinar ambivalência afetiva, podendo estabelecer na família um pseudocontato pela confusão que o meio ambiente apresenta na área de comunicação com a criança."

Mattson (1972) explicita ainda três padrões de comportamento típicos apresentados por crianças e adolescentes gravemente enfermos, traduzindo a interferência familiar anterior no contexto atual de doença.

A Figura 10 demonstra como as características estruturais da família, que refletem diretamente na dinâmica familiar e no comportamento dos pacientes, determinam consequências específicas na situação de doença grave.

Figura 10  
Padrões de Comportamento de  
Pacientes Gravemente Enfermos

| Classificação dos Grupos | Características Estruturais Paciente/Família | Comportamentos Conseqüentes na Situação de Doença Grave |
|--------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Grupo 01                 | Temor                                        | Passividade                                             |
|                          | Inatividade                                  | Dependência                                             |
|                          | Falta de interesses externos                 | Pais superprotetores                                    |
|                          | Dependência da mãe                           |                                                         |



|          |                                              |                                  |
|----------|----------------------------------------------|----------------------------------|
| Grupo 02 | Independência                                | Senso de realidade prejudicado   |
|          | Audácia                                      |                                  |
|          | Rebeldia                                     |                                  |
|          | Mães solícitas/culpadas<br>Negação da doença |                                  |
| Grupo 03 | Timidez                                      | Revolta contra pessoas<br>sadias |
|          | Solidão                                      |                                  |
|          | Auto-estima rebaixada                        |                                  |
|          | Pais rejeitadores                            |                                  |

Ressalta-se que pais rejeitadores podem, na situação de doença grave, assumir comportamentos de superproteção no sentido de sufocar ou prejudicar ainda mais a criança, realçando seus sentimentos de desamor. São comportamentos de superproteção que "escondem" a não-permissão à contestação, obrigando uma aparente gratidão alimentando uma relação de ressentimentos e frustrações.

Um quarto grupo poderia ser acrescentado a essa classificação, caracterizado por famílias que, bem estruturadas, expressam uma sólida dinâmica, mesmo na situação conflitiva instalada. O apoio mútuo, o reforço à auto-estima, a aceitação dos comportamentos das crianças determinariam, assim, uma positiva capacidade de enfrentamento da situação de doença.

A representatividade da criança na família associada aos antecedentes vinculados ao nascimento do paciente são também fatores determinantes de como a relação criança-família se dará na situação de doença. A representação de uma decepção na vida familiar, o fato de não ter sido desejada, tentativas de aborto, o nascimento num momento intensamente difícil da dinâmica familiar, ter supostamente sido responsável pela postergação de ambições pessoais aos pais, antes e depois da gestação, intensas expectativas em torno do nascimento determinando superproteção ou frustração posterior são apenas algumas situações que podem envolver a relação da criança-paciente na família e os conteúdos, evidentemente, absorvidos na trama familiar. Os sentimentos de ambivalência conseqüentes às situações expressas determinam, evidentemente, atitudes ambíguas que marcam de forma indelével a relação mãe-pai-filho/criança-família.

Grünspun (1987) cita que "muitas vezes, condições físicas, psíquicas e econômicas adversas coincidindo com a vinda do filho fazem com que os pais nele

projetem sentimentos frustradores, depressivos ou angustiosos, fazendo-o carregar este estigma." Nobel (1992) diz que "a criança rejeitada é vítima de um sem fim de injustiças. É um receptáculo de todos os conflitos do lar e sua vida vai-se configurando como que para receber todo o mal do ambiente."

É importante salientar que, em geral, crianças rejeitadas confrontam, na situação de doença e iminência de morte, seus pais aos sentimentos negativos evidenciados na relação. Reações de intensa culpa, descontrole, superproteção, desconfiança e agressividade à equipe de saúde podem ser freqüentemente observadas nesses casos como um reflexo da remissão dessa culpa insuportável por parte dos familiares.

Os antecedentes familiares traumáticos, as perdas vivenciadas e as reações diante de crises também determinam a maneira como a família funciona na situação de grave doença de uma criança.

Da mesma forma, a capacidade da família em processar informações e de adaptação à situação de crise (doença, iminência de morte) são elementos importantes na relação da família-criança gravemente enferma. Assim, por exemplo, famílias muito rígidas apresentarão grandes dificuldades em se moldar às inusitadas situações que devem vivenciar na situação de doença e morte, mostrando-se incapazes de aceitar mudanças repentinas, pela dificuldade em manter o controle na relação.

A relação família - criança gravemente doente também depende de como a família conseguirá manter a esperança admitindo que a criança está na iminência de morte, de como a família conseguirá atender as necessidades imediatas determinadas pela situação de doença e iminência de morte e, ao mesmo tempo, prever o futuro. Depende também de como a família tentará manter a rotina do dia-a-dia numa situação de crise, sem se descuidar dos outros membros, de como a família conseguirá conciliar os cuidados pessoais à criança doente e confiar na equipe de saúde e no cumprimento das funções desta, de como a família conseguirá confiar no médico e na equipe sem ignorar suas limitações de cura, de como a família conseguirá atender a criança sem envolvê-la com pesadas atenções que, em geral, refletem muito mais a culpa e a angústia dos pais do que propriamente as necessidades da criança e, finalmente, de como a família reage frente a frustrações, norteadas pelo seu limiar de sofrimento.

Assim, as relações que envolvem a iminência de morte de uma criança e os envolvimento familiares desse contexto mostram-se extremamente complexas e ambivalentes, passando por diferentes fases e momentos, além de se mostrarem relacionadas e condicionadas a mecanismos "mágicos" de piora e melhora.

Contudo, é possível determinar algumas fases pelas quais passam as famílias, nitidamente evidenciadas pelos fatores temporais no aparecimento e evolução da doença.



**Figura 11**  
Fases da Família no Diagnóstico  
e Evolução da Doença e Iminência de Morte da Criança

| 1ª Fase       | 2ª Fase          | 3ª Fase         | 4ª Fase       | 5ª Fase   |
|---------------|------------------|-----------------|---------------|-----------|
|               | Choro catártico  | Falsa adaptação | Depressão     |           |
| Choque        | Manif. somáticas | Mania           | Tensão        | Aceitação |
| Incredulidade | Hostilidade      | Solidariedade   | Cansaço       |           |
|               | Rancor           | Falso otimismo  | Temor à piora |           |

Assim, conforme mostra a Figura 11 numa primeira fase, manifestações de choque e incredulidade frente ao diagnóstico são comuns, sendo que as relações familiares anteriores, a estrutura psicológica de seus membros, o tipo de doença e tratamento associados ao prognóstico determinarão a possibilidade de recuperação essencial para o enfrentamento da situação.

Num segundo momento, é comum que as famílias manifestem choro catártico, podendo apresentar manifestações somáticas, seguidas de reações de hostilidade e rancor, não raro, a quem fez ou transmitiu o diagnóstico, à própria equipe de saúde e à própria doença.

A terceira fase, notadamente caracterizada pela falsa adaptação da família à doença e iminência de morte da criança é marcada por um período maníaco, de intensa esperança, de ajuda mútua e solidariedade entre os familiares e também de falso otimismo frente à possibilidade de cura. Especialmente nessa fase, mecanismos mágicos de piora ou melhora da criança são vivenciados intensamente pela família, incrementados por mecanismos de defesa, como a racionalização e a repressão.

Entretanto, normalmente, a própria evolução do quadro clínico da criança faz a família adentrar à próxima fase, evidenciada pelo cansaço, tensão e, principalmente, temor à não-melhora. A angústia de morte marca intensamente essa fase, expressa através do estado depressivo dos familiares.

A última fase, caracterizada pela aceitação da família à doença e iminência de morte da criança, apesar de esperada, é discutível ao nível das intensas inter-relações desejáveis para que possa ocorrer. Apesar de que aceitar a morte de um filho

seja quase que inconcebível, torna-se primordial que a família possa conviver da melhor forma possível com essa possibilidade para ter recursos de apoio a transmitir à criança doente e aos outros familiares.

Nesse sentido, Valle (1991) cita que "há também os momentos em que os pais reúnem a coragem para enfrentar a angústia diante da morte iminente do filho; esses são momentos que se traduzem na aceitação construtiva da angústia. Os pais encaram de frente a situação em que foram lançados, sem recorrer a subterfúgios, sem se deixar absorver pela impessoalidade do 'a gente'. Assumem-se com autenticidade como pais de uma criança com uma doença grave, que sofre e que tem possibilidade de morte iminente."

Através da Figura 12 podem ser avaliadas as relações que envolvem a família e a criança na iminência de morte.

**Figura 12**  
Caracterização das Relações Família-Criança na Iminência de Morte

|                                           |
|-------------------------------------------|
| Relação de culpa                          |
| Relação de negação                        |
| Relação de abandono, isolamento e solidão |
| Relação de hostilidade                    |
| Relação de fracasso                       |
| Relação de raiva                          |
| Relação de medo                           |
| Relação de esperança                      |
| Relação de depressão                      |
| Relação de amor, apoio e respeito         |

Segundo Knobel (1992), "a culpa é um sentimento que invade o ser humano pela consciência que esse tem por ter atuado mal, contrariando as 'normas aceitas'. A ansiedade e o temor que podem assaltar a criança que desobedece ou realiza algo proibido – e que se revestem, às vezes, de características terroríficas, já que na fantasia infantil a falta pode converter-se em causa de seu abandono pelos pais ou de que esses não o queiram nem o protejam mais – adquirem no ser humano de qualquer idade, inclusive no adulto, a forma de *sentimento de culpa*."



Assim, tanto para a criança gravemente enferma como para os seus familiares, a situação de iminência de morte envolve intrincados conteúdos de culpabilização. E na procura de explicações racionais para a morte, a relação doença-morte/castigo encontra terreno fértil, dada a própria fragilidade imposta pelo sofrimento da situação traumática. Porém, é possível subdividir a relação marcada pela culpa, de forma genérica, explicitando as reações de quando a criança sente-se culpada e de quando a família assim se mostra, através da Figura 13.

**Figura 13**  
**Relações Marcadas por Culpa em Famílias de Crianças Terminais**

| A Criança Culpada                        | A Família Culpada             |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Culpa por fantasias agressivas à família | Culpa por ter causado a morte |
| Culpa por depender do adulto             | Culpa pela incapacidade       |
| Culpa pela desestruturação familiar      | Culpa por sentir raiva        |
| Culpa pelo fracasso                      | Culpa por ser rejeitado       |

A criança gravemente doente pode expressar culpa por fantasias agressivas experimentadas na relação com os seus pais e irmãos. Na medida em que, nessa relação, a doença e iminência de morte são vividas pela criança como castigo frente a esses sentimentos, as hospitalizações, as condutas terapêuticas dolorosas e todas as limitações recorrentes acabam por reforçar à criança a idéia de castigo. Assim, ao invés de se ver "perdoada" e aliviada de sua culpa pelas "punições" sofridas (doença, hospitalizações, tratamento), ela se percebe piorando, pela evolução da própria doença, o que reforça, sobremaneira, seu sentimento de culpa irreparável.

Além disso, muitas delas sentem-se culpadas por acreditar que a morte próxima e a situação de doença são devidas a uma falha de proteção de seus familiares, dos quais dependem. Como a vivência da doença impõe mecanismos de regressão reforçando a relação de dependência e como os mesmos pais que "falharam" são também objeto de amor e desejo, os sentimentos de hostilidade da criança transformam-se em culpa e depressão, principalmente pela ansiedade de abandono e separação. É primordial, nesse sentido, que a família permaneça junto à criança em todos os momentos de doença, hospitalização e logicamente na iminência de morte, pois, ao contrário, a realidade externa pode reforçar a fantasia interna de ter sido abandonado.

Culpa por estar causando desestruturação à família também atinge a criança gravemente enferma de forma intensa. A criança percebe a tensão familiar decor-

rente de despesas elevadas, de discordâncias quanto ao tratamento, da desestrutura da rotina familiar anterior, da instabilidade emocional causada pela situação em si, responsabilizando-se pelo sofrimento de seus pais, irmãos e parentes.

*R.C., 11 anos, passou por um longo período de tratamento até evoluir desfavoravelmente, tendo o seu prognóstico fechado pela equipe de saúde. Du-  
passar a viver com os avós, em uma cidade do Interior, para que sua mãe pudesse  
acompanhá-lo no Hospital. Nos últimos meses de tratamento, ela necessitou parar  
de trabalhar na medida em que os cuidados e a atenção para com R.C. aumenta-  
ram sobremaneira. A criança, em várias situações, mostrava sua intensa preocu-  
pação com a mãe: "minha mãe não pode vir no Grupo com as outras mães porque  
tem que trabalhar. Coitada! Meu pai foi embora por causa da minha doença e ela  
sozinha tem que cuidar de todo mundo (...). Eles já brigavam antes de eu ficar  
doente, mas quando eu comecei a ficar no Hospital, ele brigava muito com ela  
porque tinha ciúmes; achava que ela não estava aqui cuidando de mim..."*

*Dois dias antes de falecer, ao chegar à enfermaria pediátrica, a Psicóloga  
recebeu um recado que deveria ir "muito rápido" à sala de isolamento onde R.C.  
se encontrava, já bastante debilitado. Atendendo prontamente seu pedido, a  
Psicóloga recebeu uma carta das mãos da criança:*

São Paulo, 12 de abril de 1989.

Tia,

Querida pedir uma coisa para você porque gosto muito de você.

Cuida da minha mãe como você cuida de mim. Conversa com ela coitada porque eu acho que ela está muito triste. Ela fica chorando escondida no banheiro e quando eu pergunto para ela porque ela está chorando ela fala que está com dor na cabeça mais eu sei que ela está chorando por causa da minha doença e das saudades dos meus irmãos que tiveram que ir para Bananal por causa da minha doença. Ela também fica chorando porque tem que dormir na cadeira para ficar perto de mim de noite olhando meu soro. Eu queria que você cuidasse dela para ela não ficar chorando.

# escrevi porque tenho vergonha de falar disso e minha mãe pode escutar. R.C.



A criança gravemente enferma também se sente intensamente culpada por não se reconhecer mais como indivíduo com futuro, naturalmente não podendo realizar o projeto de seus pais e os próprios sonhos e projetos. Assim, sente-se causando profunda decepção aos pais e a si mesma enquanto pessoa.

As relações que envolvem conteúdos de culpabilidade também atingem a família de uma forma intensa. Todos os profissionais que atuam junto a enfermarias pediátricas já ouviram, em muitas situações, frases que expressam o quanto os pais sentem-se culpados pelas graves doenças de seus filhos: "Não é possível! Aonde foi que eu errei?" Para Konior e Levine (1977), não existe exemplo mais extremo de culpa do que o expresso por pais de uma criança agonizante.

Muitas famílias sentem-se culpadas por literalmente acreditarem ter sido as causadoras da grave doença. Knobel (1992) diz que "a culpa associa-se à noção de castigo; não é de estranhar que então se procure este para aliviar aquela".

Assim, à procura de uma explicação que determine o alívio de seu sofrimento, a família questiona-se sobre erro na alimentação, sobre situações que envolveriam maus tratos e desprezo. O relacionamento entre o trabalho externo, uso de medicamentos, o meio ambiente da residência, até a merenda escolar e o aparecimento da doença e iminência de morte é fator de intenso sofrimento que pode ser facilmente verificado nos relatos de familiares dessas crianças. Valle (1991) cita relatos de familiares que manifestam a necessidade de atribuir uma explicação à doença de seus filhos: "Às vezes eu achava que porque na gravidez eu andava de moto..."; "Minha irmã falou que eu tomei anticoncepcional seis anos seguidos e em seguida tive o Rangel..."

Sentimentos de culpa por atos pecaminosos também transparecem na relação família-criança à morte. Muitos pais associam a infidelidade conjugal, as brigas familiares com espancamento, o uso e tráfico de drogas ou a participação em crimes como sendo elementos determinantes do "castigo" (doença da criança): "Eu matei muita gente na minha vida... Agora estou sendo castigado pela morte do meu filho"; "Minha mulher me dizia que um dia eu ia ter uma lição porque eu tinha um monte de 'minas' por aí"; "Eu batia tanto nele... e agora ele está morrendo de uma doença ruim."

Muitos pais, da mesma forma, sentem-se muito culpados diante da doença e iminência de morte de seus filhos por acreditarem ser incapazes de gerar e criar filhos perfeitos. Muitas vezes, por não terem permitido, na fantasia, o desenvolvimento de uma saúde perfeita à criança.

As famílias também podem sentir raiva da criança doente que vem destruir as expectativas e projetos destas. Ao expressar essa raiva a família faz a criança perceber que fracassou enquanto objeto de amor e investimento, ocorrendo, em consequência, o acirramento da culpa por nutrir tais sentimentos.

Ter rejeitado um filho, seja durante a gestação ou após o nascimento e desenvolvimento deste, é importante fator desencadeante de culpa e sofrimento aos familiares. Em estudo realizado no Serviço de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital Brigadeiro, em São Paulo, constatou-se que 96% das crianças avaliadas num período de um ano tinham sido rejeitadas por seus pais, com tentativas explícitas de aborto. Intenso sentimento de culpa foi verificado em 78% dessas famílias.

Assim, as relações marcadas por culpa, tanto por parte dos familiares como das crianças que se encontram na iminência de morte determinam, evidentemente, graves consequências à manutenção do equilíbrio psicológico destes. A Figura 14 aponta cinco consequências mais evidentes decorrentes dessa relação:

Figura 14  
Consequências da Relação de Culpa

- Superproteção
- Afastamento
- Eleição de bode expiatório
- Aparecimento de doenças em outros membros
- Entrega precoce da criança à morte

Reações patológicas de superproteção são frequentes nas relações que envolvem culpabilização, através de demonstrações excessivas e irreais de amor e preocupação, como mecanismo de remissão da culpa na família. Comportamentos como a vigilância desmedida para evitar "contaminação", alimentações especiais e a satisfação de todos os desejos, onde a criança doente perde-se com a falta repentina de limites, são apenas alguns exemplos da tentativa desesperada dos familiares de buscar diminuir seus sentimentos insuportáveis de culpa.

Por outro lado, Knobel (1992) diz que "em muitos casos, a profunda rejeição pelo filho desperta um grande sentimento de culpa. A idéia de rejeição resulta intolerável e os pais procuram compensá-la com uma superproteção que parece proteger-se a si mesmo (...)."

Segundo Valle (1991), a culpa da família também aparece quando os pais "verbalizam sobre a dependência, as exigências e o egoísmo de seu filho. Os pais sentem-se divididos, querendo compensar os sofrimentos pelos quais os filhos passam, através de concessões de toda a ordem, inclusive material."

Além disso, é muito difícil para a equipe de saúde compreender a reação de afastamento dos familiares à criança na iminência de morte. No entanto, este fato



é mais comum do que se possa imaginar numa enfermaria pediátrica de alto risco, seja porque os pais não conseguem suportar o sofrimento de seus filhos por uma falha de seus recursos internos, seja por dificuldades financeiras para permanecer no Hospital, seja pela situação de tratamento fora de domicílio ou, ainda, no que se relaciona à relação de culpabilização, os pais se mantêm afastados, para evitar aumento da culpa ao vivenciar o sofrimento da criança. Muitos pais, ao serem questionados sobre a razão das freqüentes ausências no Hospital, relatam não suportar estar ao lado da criança por se sentirem totalmente culpados e impotentes na situação.

*Os pais de M.T. foram chamados ao Hospital, pois estavam há 13 dias sem visitar sua filha cujo prognóstico fechado apontava para a morte próxima. A equipe debatia-se em longas discussões sobre o comportamento do casal, buscando explicações para esse afastamento, dado que no início do tratamento, os pais eram figuras constantes junto à paciente. Na presença da Psicóloga eles choraram muito e buscaram explicar as razões para seu comportamento: "Para nós é insuportável acompanhar nossa filha morrendo(...). Nós não conseguimos mais ficar no Hospital porque ela olha para nós pedindo ajuda e nós não podemos ajudar... Quando isso acontece, quando ela tem que ser picada – e ela não tem mais nenhuma veia, aquele olhar que ela faz... A gente olha para ela e já se sente culpado por tudo que está acontecendo (...). Quando eu estava grávida, eu não queria... tomei uns remédios... e agora a gente tá sendo castigado (...). Um dia, eu briguei com ele por causa de dinheiro e fiquei muito nervosa e falei para M. que a culpada de tudo era ela e que eu devia ter tomado mais remédios... Agora eu não consigo parar de pensar nisso quando ela me olha. Eu não aguento".*

Por outro lado, com muita freqüência, sem recursos internos para enfrentar a situação traumática evidenciada pela doença e iminência de morte, a família lança mão de mecanismos de defesa para se proteger do aniquilamento. Assim, transfere ou projeta seus intensos sentimentos de culpa a outros membros, elegendo um "bode expiatório" na situação, em geral outro membro da família ou da própria equipe de saúde. Essa escolha recai, geralmente, sobre um membro que representa uma figura de autoridade, que possua crédito e responsabilidade na situação de doença e hospitalização. Quando essa escolha recai sobre a equipe, se esta não souber manejar adequadamente a situação, a relação pode se deteriorar, pelo clima de desconfiança e agressões instalado, cujo efeito, com certeza, torna-se devastador.

Além disso, buscando combater a culpa relacionada à doença provocada, num mecanismo de remissão desta, outros membros da família podem adoecer.

Por fim, a relação marcada pelo sentimento de culpa na criança pode fazer com que esta entregue-se precocemente à morte, por não se sentir mais com direito

à vida. Assim, ela passa a responder debilmente ao estímulo afetivo e a apresentar comportamentos apáticos, com recusa de alimentação e medicação. "Já que sou tão ruim, devo mesmo morrer..."

A reação de negação da família frente ao diagnóstico de uma doença grave e a possibilidade de morte de um filho caracteriza-se como mecanismo de defesa amplamente conhecido e descrito pela literatura especializada, permitindo amenizar o choque do diagnóstico e a angústia de morte dos membros envolvidos. Apesar de, em geral, a recuperação ser gradual, muitas famílias, através da negação, chegam a abandonar o tratamento de seus filhos ou passam insistentemente a mudar de médicos, na busca de um prognóstico diferente. Assim, a negação parcial da negação ansiosa (em geral advinda pelos profissionais de saúde, ao contrário da total falta de recursos internos na família), que determina reações intensas de descontrole e angústia ou reações irreais e maníacas de otimismo, cuja persistência pode apontar dissociação da consciência, necessitando a família de urgente auxílio psicológico e psiquiátrico.

A agravar a negação da doença e da possibilidade de morte da criança tem-se que o silêncio da criança gravemente enferma, marcado pela ausência de perguntas sobre o que lhe está acontecendo ou vai acontecer, é interpretado pelos adultos como um "não-querer" um "não-saber". Acresce-se o fato de que a linguagem infantil, simbólica e indireta, reforça para o adulto a interpretação errônea de que a criança não percebe a gravidade de sua doença e a iminência da morte, mantendo uma atitude protetora e proibitiva, tornando-se incapaz de perceber as suas necessidades e fazendo com que a relação se torne mais superficial e escassa. Na verdade, as crianças em geral calam-se, pois temem, ao falar, ser rejeitadas. Assim, para evitar perder o amor e o contato com seus pais e irmãos e manter a aceitação, elas guardam para si mesmas suas angústias e medos frente à morte. Cria-se, então, um círculo vicioso, onde o adulto acredita que ela nada sabe ou não quer saber. Mas as atitudes da família, em contrapartida, mostram a gravidade da doença (através de superproteção, choro, presentes, expressões). Por outro lado, a percepção da piora física não nega a iminência de morte à criança. Nessa medida, tem-se uma relação difícil, falsa, teatral, denominada "conspiração do silêncio", onde "todos sabem, todos sofrem, mas todos negam"; um jogo de "faz-de-conta" que garante proximidade física às custas de isolamento afetivo.

Além disso, na sociedade atual, expressões de tristeza são amplamente desencorajadas. Aquele que "é forte" passa pelo luto sem se desesperar, sem perda da produtividade e atividade. Assim, a família e a equipe de saúde tentam suprimir expressões de pesar da criança gravemente enferma, na medida em que lágrimas e desespero a assustam e a ameaçam. A criança logo percebe que o deprimir-se



não é aceito ou, pior, é capaz de provocar rejeição. Dessa forma, ela reprime suas emoções de tristeza e medo por temor ao abandono. Valle (1991) afirma que "a criança pode perceber-se causando decepções a seus pais e a si mesma e passa, então, a reprimir seu querer, seus medos, suas tristezas e suas preocupações, por sentir que essas emoções podem provocar rejeição por parte dos adultos significativos para ela. Assim, o seu querer fica perdido no querer dos pais e da equipe, e a criança deixa de ser ela mesma, perdendo sua autenticidade (...). Ainda pelo medo da rejeição dos pais, muitas crianças não falam sobre sua doença." Além disso, diante de questionamentos da criança, os pais "sentem-se inseguros, desamparados e são dominados pelo medo, não assumindo diante do filho as suas reais possibilidades. Assim, dão respostas evasivas, justificando sua fuga às questões da criança ou pela sua idade, alegando que ela não tem condições de compreender, ou ao fechamento do filho a essa questão, ou às suas próprias dificuldades como pais (...). "A Flávia é muito pequena e não entende o sofrimento dela"; "A Izilda não gosta de conversar sobre sua doença"; "O Daniel nunca perguntou que doença tem e eu nunca falei nada."

Para a criança, a experiência mais penosa frente à doença e à morte refere-se ao sentimento de perda das pessoas queridas e significativas – o abandono. Mas quando a família protege a criança da verdade, deixa-a mais só com seus medos e angústias. Ao contrário, a permissão para falar e compartilhar diminui o sentimento de abandono e isolamento e a fantasia de que doença e morte são tão terríveis que não podem sequer ser comentadas. É menos difícil para a criança aceitar o limite da morte do que o mistério, o não-dito, o abandono, passando esta a buscar uma causa concreta para a situação. Surgem, então, os sentimentos de culpa e desamor, fazendo com que ela projete na doença as razões para ser abandonada. Como a família persiste negando-lhe informações, ela pode passar a viver a morte antecipadamente em vida.

A paciente K.V.P.S., oito anos, sexo feminino, portadora de Aplasia Medular Idiopática, permaneceu internada, em estado grave, em uma enfermaria pediátrica, evoluindo a óbito após 35 dias de internação. Ressalta-se que a paciente havia sido encaminhada de outro Hospital após os familiares assinarem alta a pedido, alegando que durante a internação ela "só havia piorado".

Durante o período, apesar dos esforços redobrados da equipe de saúde, os familiares da paciente assumiram drasticamente uma postura de negação da gravidade da doença, privilegiando uma relação "protetora" e contribuindo para antecipar a morte da criança em vida.

Por outro lado, a impossibilidade de ser apoiada pelos familiares pela negação da gravidade da doença assumida por esses determinou a incapacidade da paciente de elaborar sua morte, transtornando sua evolução e perturbando seu

vínculo com o mundo adulto. A paciente, percebendo o perigo de morte iminente, passou a apresentar intensa ansiedade de abandono e separação; mas notando que essas atitudes determinavam rejeição e profunda decepção aos pais, passou a reprimir seus medos, numa tentativa desesperada de não perder a atenção dos pais e de protegê-los, garantindo a proximidade física, às custas de isolamento afetivo.

O primeiro atendimento psicológico foi realizado na enfermaria da paciente, sendo que esta mostrou-se intensamente assustada, desinformada, expressando intenso temor ao desconhecido e intensificação do sofrimento físico. Os familiares apresentavam desinformação sobre a doença, negação da gravidade desta, raiva, impaciência, insegurança e intensa proteção à criança. A equipe de saúde realizou consistente orientação à família, incentivando o compartilhar com a paciente, estimulando suas defesas adaptativas e recursos para o enfrentamento da situação crítica.

No 2º atendimento psicológico realizado na sala de recreação, durante o grupo de crianças, a paciente apresentou-se apática, reservada, inexpressiva, calada e contida, permanecendo sua mãe ao seu lado, numa postura controladora e de proteção. Apesar da realização de orientação e apoio à mãe da paciente, esta permaneceu numa atitude de negação da gravidade da doença.

O 3º atendimento psicológico, realizado no dia seguinte, deu-se após a ocorrência de um A.V.C. Hemorrágico, tendo a paciente apresentado convulsões e parada cardiorrespiratória. Levada à sala de emergência, foi reanimada, alternando momentos de sonolência e agitação.

A mãe da paciente após permanecer gritando por longos minutos, adentrou a um estado de letargia com queda de pressão, sudorese, dispnéia, alteração motora, balaceio, gemidos intermitentes e rigidez muscular. Levada à sala de emergência, permaneceu deitada, gemente, apática e torporosa, mesmo sendo acompanhada intensamente pelas equipes de Psicologia e de saúde.

O pai da paciente neste dia, chamado urgentemente ao Hospital pela intercorrência ocorrida, reafirmou a negação da gravidade da doença da criança, expressando extrema intolerância emocional e deslocando a culpa pela intercorrência à equipe "descuidada e incompetente".

Os atendimentos psicológicos que se seguiram apontaram o sofrimento da família que persistia negando a doença da criança e o intenso sentimento de solidão e abandono da paciente, impossibilitada de compartilhar seus temores com a família.

Impôs-se claramente a situação de "conspiração do silêncio". A paciente calada, observadora, passou a não pedir mais ajuda assumindo uma atitude de



proteção aos pais. Estes permaneceram defensivos aos atendimentos psicológicos e às orientações da equipe.

No último atendimento realizado, a paciente, apesar de apresentar dores e sangramento, pediu para a equipe de saúde ajudar sua mãe que, impossibilitada de oferecer apoio à filha, permaneceu deitada, gemente.

A criança morreu só.

Apesar da impotência da equipe de saúde em reverter a situação, estavam bem aclarados vários fatores determinantes da negação que eram amplamente discutidos em reunião e trabalhados com os familiares: antecedentes familiares traumáticos, incapacidade emocional para processar informações, intensa rigidez e incapacidade dos familiares em se adaptar à doença, reações inadequadas anteriores frente a crises, antecedentes traumáticos vinculados ao nascimento da paciente (relatado como momento difícil da relação familiar) refletidos com intensa culpa e punição no contexto, baixo limiar de sofrimento e frustrações.

Todavia, os esforços da equipe mostraram-se em vão frente à resistência da família em processar informações e receber apoio efetivo. Assim, a relação tornou-se cada vez mais superficial e escassa e os familiares tornaram-se incapazes de perceber as necessidades internas da paciente, reforçando seus temores, impingindo o abandono e o isolamento afetivo.

Apesar de extremamente assustador para os membros da equipe de saúde e para a criança envolvida no processo, algumas famílias expressam intensa hostilidade não só à doença em si, como dirigem-na à própria criança, desejando sua morte. Hostilidade já presente anteriormente na família pode determinar que esta eleja a criança doente como elemento responsável pela destruição do sistema familiar, fruto, na verdade, de sua própria hostilidade. A agravar esses sentimentos, a intensa regressão e dependência apresentadas pela criança não raro determinam rivalidades na família, que perde o interesse pela criança e a abandona para se manter.

Entretanto, muitas famílias vivenciam a raiva expressa pela criança, em geral direcionada ao médico, à equipe de saúde ou à própria família, em decorrência de sentimentos de culpa, inveja, remorso, negação, incredulidade e desespero. Entretanto, como a família não se permite expressar essa raiva, direciona-a a outros membros da equipe ou ainda à própria família. A relação marcada pela raiva é preferível no início do processo de doença quando ainda há tempo suficiente para a elaboração do processo traumático.

Além disso, tanto as crianças gravemente enfermas, como também suas famílias experimentam durante o decorrer da doença e agravamento desta intensos sentimentos de fracasso. É relevante destacar que a criança à morte pouco se

gratifica com o estar doente. Por estar em desenvolvimento de suas potencialidades, buscando controle da realidade, auto-realização e competência, ao contrário do que se imagina, quando a criança adoece, sente-se fracassada por possuir um ego imaturo e necessitar sempre comprovar suas capacidades. Então, ao assumir comportamentos regressivos, a criança (falsamente) evidencia gratificar-se com a doença. Na verdade, tenta compensar a autonomia e o controle perdidos, pois, ao se tornar mais dependente, exige mais dos adultos à volta, estabelecendo mais controle. Porém, como são intensos os sentimentos de impotência e culpa da família, esta tende a superproteger a criança, aumentando uma relação de fracasso.

Como as famílias reagem socialmente à doença e iminência de morte de um filho, uma relação marcada pelo medo (do diagnóstico, do tratamento, da mutilação, da dor, do sofrimento, de despesas elevadas e inalcançáveis, da saúde de outros filhos, da morte social) pode se tornar permeada por reações de pânico, pressão (expressando insegurança), intromissão (denotando confusão, dificuldade compreensão e adaptação à situação), desespero e intranquilidade, impaciência (em consequência da desconfiança) e manifestações somáticas de insônia, inapetência e quebra no ritmo de vida, determinando intensos conflitos na situação de hospitalização e tratamento.

Representada como a capacidade humana de preservação, a esperança mostra-se muito presente nas relações entre crianças terminais e seus familiares. Através dela, a família busca a força psíquica necessária para enfrentar a situação extremamente conflitiva de doença e iminência de morte. Diferentemente da negação, a relação marcada pela esperança não interfere no ajustamento ao processo de doença e é compatível com a aceitação da realidade.

Kubler-Ross (1981) afirma que todos os pacientes conservam a esperança até a morte e que esta serve de conforto em ocasiões especialmente difíceis.

Além disso, a esperança também reflete os mecanismos mágicos de piora e melhora da criança, estando, na mesma medida, intimamente ligada às reações da equipe de saúde. Assim, é primordial que a equipe de saúde mantenha uma relação de honestidade e bom senso, objetivando uma compreensão realista de todo o processo. Valle (1991) diz que "o desejo de ver o filho livre do sofrimento da doença e a esperança de que isso aconteça representam o cuidado e a preocupação dos pais voltados para o futuro que os aguarda. Essa orientação para o futuro, para uma possibilidade de sobrevivência do filho é que ainda dá sentido à vida, que permite planejar a realização dos projetos (...). Os pais precisam da esperança, mesmo na fase terminal. Não ter esperança é não ter horizonte, não ter futuro, não ter perspectiva, eliminando, assim, suas possibilidades de ser. E é isso que eles verbalizam:

'Acho que não se pode perder a esperança. Gosto de ver coisas boas... Vou perguntar para a doutora quando uma criança está bem'.



*'Tenho esperança. Se tiver que ser meu... Tenho esperança... Os médicos fazem de tudo'.*

*'Cada dia que passa nós vamos tendo mais esperança'."*

Contudo, a relação de esperança pode ocasionar conflitos, primordialmente quando, apesar de ainda ser fundamental para o paciente, é substituída pela desesperança pela equipe de saúde e pelos familiares. A relação de esperança também pode determinar muita angústia quando, ao contrário, a esperança do paciente é substituída pela desistência (no estágio final) e a família mantém a esperança não aceitando a entrega do paciente.

Reações depressivas tanto da criança doente como de seus familiares são esperadas e necessárias para a adaptação ao processo de luto. Porém, não devem ser exacerbadas a ponto de impedir um enfrentamento adequado da doença e da iminência de morte nem serem motivadas por intensos sentimentos de culpa. Em geral, a família encontra-se extremamente conflitiva entre oferecer cuidados à criança e elaborar a perda desta. Assim, em um determinado momento da evolução da doença, a família pode se entregar à tristeza, desesperança, melancolia e astenia, desistir de continuar lutando. Mas se estas reações ocorrerem num período anterior à morte da criança, podem contribuir para a elaboração do luto, pelos mecanismos reflexivos inerentes ao processo. Assim, a criança pode morrer tranqüila e a família, apesar de sentir intensa tristeza e dor pela perda, não se imobilizará frente ao pesar, culpa e remorso.

Todo o empenho da equipe de saúde é necessário quando as relações entre a criança doente e seus familiares mostrarem-se marcadas pela depressão. Além disso, a equipe de saúde deve estar muito atenta quando a criança, em depressão, passar a manter uma relação de afastamento à família, num processo de desligamento para aceitação da própria morte. Reações de superproteção, desespero e não-aceitação dessa condição, tentando inverter o estado de tristeza e astenia, podem levar a criança a sentir-se mais abandonada e menos compreendida em seu sofrimento.

Por fim, a força para enfrentar a doença, o tratamento e a perspectiva de morte advêm da certeza de ser amado, apoiado e respeitado. Esses sentimentos são fundamentais para a criança e a família suportarem o impacto do diagnóstico, o sofrimento de um tratamento geralmente agressivo, invasivo e doloroso, a perspectiva de separação e morte.

Valle (1991) afirma que "é por compreenderem o sofrimento do filho, já em fase terminal, que os pais, num modo de revelação de um amor maior, aceitam perdê-lo, à custa de seu próprio sofrimento (...).

*'Eu sei que vou perder o Rodrigo, eu sei que vou... Vejo o meu filho sofrer muito... Se eu o perder, o que vou fazer?... Agora eu enfrento o que meu filho passa, antes eu só chorava... Meu choro não resolveu nada, ele não sarou... Se Deus for toda força para mim...'*

Além disso, uma relação marcada pelo respeito, amor e apoio é fundamental no processo, dado que a criança terminal busca apoio nas pessoas queridas e significativas, na família, enfim. A criança terminal sente imenso alívio quando tem um familiar apoiando-a, com amor e esperança, pois pode questionar pessoas em quem confia, elaborar seus sentimentos, temores e conflitos, envolver-se no processo de separação e ser compreendida, confortada por pessoas que lhe conhecem e lhe amam. Assim, a equipe de saúde tem um papel secundário primordial de oferecer condições para que essa relação ocorra.

De acordo com Wasserman (1992), "os pais deveriam ser encorajados a falar sobre a morte iminente com a criança ou adolescente. Isto permite que paciente e pais expressem seu amor e digam adeus; os pais geralmente lamentam não terem feito isto após a criança ter morrido. Além da morte em si, o que a criança mais teme é ficar sozinho, sentir dor e ser esquecido (...). Os pais precisam dizer à criança que eles estarão com ela quando ela morrer e que sempre se lembrarão dela."

Como profunda forma de amor, a família pode desejar a morte da criança no sentido de interrupção de seu sofrimento irreversível. "Para algumas crianças, como para alguns adultos, a morte é um alívio bem-vindo para a dor e sofrimento de suas doenças" (Wasserman, 1992).

Por outro lado, uma relação de respeito, apoio e essencialmente de amor é condição primordial para a elaboração do processo de luto na medida em que para a família, a interiorização de um filho morto, em que seus membros acolhem em si essa percepção real, incorporando a criança morta como parte de seu eu interior, "é a tarefa mais importante no luto (...). O objeto amado não se foi, pois agora eu o carrego comigo e não posso perdê-lo nunca" (Pincus, 1989).

Para Knobel (1992), "o amor é o único nexo permanentemente válido nas relações familiares. Amar e ser amado é um desejo de todos. E também é um direito que a sociedade deveria proteger e estimular."

Assim, a atuação do Psicólogo Hospitalar aos familiares de crianças terminais reveste-se de extrema importância na medida em que a relação família, doença e paciente evidencia a existência de um núcleo familiar e não somente de um doente, agravada pelo fato de que, não raro, existe a possibilidade de que somente a família continue existindo.



A atuação do Psicólogo deve se dar ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação desses familiares ao enfrentamento da intensa crise. Nessa medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares. Para tal, uma entrevista inicial objetivando realizar o levantamento dos dados da família ao nível de antecedentes, estrutura e dinâmica é primordial para a realização de um diagnóstico familiar. Segue-se um diagnóstico da criança que pode ser realizado através de cuidadosa anamnese, participação da criança em atividades programadas em grupo ou individualmente (na enfermaria ou em ambulatório), através da aplicação de testes psicológicos (se necessários) e observação da relação família-criança.

Nesse particular, é fundamental a estruturação de um trabalho de psicoterapia familiar breve, enfatizando-se a crise da perda na medida em que "o problema específico que cada pessoa introduz na crise de perda tem de ser apreendido pelo terapeuta e pelo próprio enlutado. Somente então o que sofre a perda pode ter esperança de distinguir suas perdas e abandonos – reais ou fantasiosos – imediatos e anteriores, cuja dor foi suscitada pelo desaparecimento atual e tornou a resposta a este tão assustadora" (Pincus, 1974).

Além do acompanhamento psicológico individual intensivo desses familiares durante o período de hospitalização e tratamento ambulatorial da criança, a realização de grupos de familiares com objetivo informativo ou operativo buscará proporcionar espaço de reflexão e expressão de sentimentos, angústias, medos e fantasias, além de informar e orientar os pais, minimizando o impacto emocional e o estresse vivenciado. Visa-se, dessa forma, a possibilidade de se estabelecer uma relação mais equilibrada diante da crise de perda, instrumentalizando os familiares na estruturação de vínculos familiares mais adequados.

Valle (1991) ressalta a importância da realização desses grupos pois através deles os pais podem partilhar suas experiências, "numa solicitude capaz de facilitar-lhes a percepção e a expressão de seus sentimentos, suas inquietudes e suas dúvidas. Só assim, torna-se possível prestar-lhes alguma ajuda, ou seja, colocando-os em contato com sua realidade, mas confortando-os com uma autêntica solidariedade. Ademais, há possibilidade ainda de fornecer-lhes as informações e orientações que demonstram necessitar."

Além dos grupos de crianças e de familiares realizados nas enfermarias, são muito eficazes os grupos mistos, onde pacientes e familiares podem compartilhar seus sentimentos. Além disso, o acompanhamento ambulatorial em sala de quimioterapia, o acompanhamento durante a morte em si, o acompanhamento pós-óbito e a organização de grupos de apoio são tarefas produtivas que podem ser desenvolvidas pelo Psicólogo Hospitalar e facilitar à família o restabelecimento do equilíbrio.

Imediatamente após a morte da criança, é importante que o Psicólogo se prepare para uma explosão de sentimentos, tendo extrema atenção ao uso de tranqüilizantes que somente adiam o processo de luto, dificultando a exposição de emoções e o encontro de novas alternativas. Uma suave medicação pode ser indicada para que a família possa suportar a morte e a perda.

Após o óbito, torna-se primordial a ajuda do Psicólogo, colocando-se à disposição com o objetivo de ajudar a família a exteriorizar os sentimentos, percebendo as angústias do momento, permitindo que a família veja e toque o paciente e que ajude a prepará-lo para os funerais. É importante um local reservado nas enfermarias para que as famílias possam livremente se expressar e a garantia de volta ao Hospital, sempre que necessário, para retomar pendências com a equipe de saúde.





## A EQUIPE DE SAÚDE E A MORTE DA CRIANÇA

*“A impotência numa equipe de saúde não é delito  
mas a insensibilidade é inadmissível”*

A equipe de saúde que atua junto a crianças terminais deve se caracterizar pela capacidade de apoio, compreensão e, principalmente, direcionamento humanizado das diferentes situações pelas quais passam esses pacientes. Todo programa terapêutico eficaz e humano deve contar com uma equipe interdisciplinar, tendo em conta as múltiplas situações difíceis e ameaçadoras que estas crianças atravessam e as várias adaptações inesperadas que se vêem obrigadas a encarar durante os períodos de diagnóstico, tratamento, remissões ou recidivas e durante a fase terminal.

Portanto, é de fundamental importância que não só a criança, mas também a sua família recebam da equipe de saúde o apoio necessário para enfrentar todo o processo de doença e morte, pois o manejo de crianças terminais inclui a adaptação fisiológica e médica e a adaptação psicológica e existencial à situação traumática em si. E é nesta adaptação psicológica e existencial que entram em jogo sistemas intrapsíquicos complexos constituídos pelos subsistemas dos pacientes, familiares e também da equipe de saúde.

Assim, o enfoque ideal à criança terminal ou gravemente enferma deve partir de um ponto de vista holístico, global e interdisciplinar considerando que é impossível considerar esse evento como um processo fisiológico à parte, sem relação com o Ser Doente, com o seu ambiente, com a doença que encaminha para



a morte, com as intrincadas relações familiares e com o complexo ambiente médico e humano em que é realizado o tratamento.

Também a equipe de saúde evidencia problemas ou conflitos estruturais e hierárquicos na relação com a morte ou com a iminência desta. Nessa medida, as reações expressas podem variar da identificação à criança (denotando o próprio temor à dor e à morte) até reações de afastamento, calcadas numa relação de impotência. A Figura 15 expõe as reações mais comuns demonstradas pela equipe de saúde na relação com a criança gravemente enferma ou terminal.

**Figura 15**  
**Reações da Equipe de Saúde na Relação com a Criança Terminal**

- Identificação com a morte e o sofrimento
- Culpa pelo "sofrimento administrado"
- Impotência
- Afastamento
- Negação / "Conspiração do silêncio"
- Agressividade e autoritarismo como defesa
- Comportamentos estereotipados
- Superproteção como remissão da culpa

Segundo *Gauderer (1987)*, profissionais de saúde escolhem atuar com pacientes terminais porque sua angústia de morte é maior do que a média da população. Assim, tem-se a fantasia de que uma vez aprendida a profissão, haverá relativo controle ou domínio sobre o temor da morte, evidenciando falsa onipotência à intensa impotência pela própria morte.

Da mesma forma, o temor à morte e à própria terminalidade encaminham o profissional de saúde a se ater à área orgânica do paciente que se configura em algo palpável, objetivo e seguro, afastando a necessidade de ter que manipular os próprios medos, receios e inseguranças.

Nesse sentido, é primordial que o profissional de saúde reveja seus conceitos sobre a existência, vida e morte, podendo agir na situação de forma adequada e humanizada, pois, se assim não fizer, permanecerá encarando a morte dos pacientes como fracasso, frustração, impotência, preferindo a gratificação das crianças que evoluem favoravelmente.

Torna-se fundamental destacar que a negação, minimização ou repressão dos sentimentos dos profissionais de saúde diante da criança gravemente enferma ou terminal podem abrir caminho para estados depressivos, toxicomanias ou suicídio.

As maiores dificuldades de uma equipe de saúde que atua com crianças gravemente enfermas ou terminais podem ser verificadas através da Figura 16.

**Figura 16**  
**Dificuldades das Equipes de Saúde no Tratamento e Evolução da Criança Terminal**

- Transmissão do diagnóstico
- Transmissão da necessidade de mutilação cirúrgica
- Lidar diretamente com a criança no sentido de escutá-la e atendê-la
- Lidar com os familiares antes e após o óbito
- Discussão de efeitos colaterais com a criança e a família
- Sentimento de culpa por condutas terapêuticas agressivas e insucessos
- Depressão pelo acúmulo de perdas
- Ansiedade e medo
- Decisão sobre suspender as medidas terapêuticas diante de prognóstico fechado

Assim, a realização de grupos terapêuticos, especialmente utilizando o treinamento do papel profissional, sob coordenação de um profissional da área de saúde mental – psicólogo ou psiquiatra – podem ser excelentes instrumentos de alívio a uma equipe tensa e estressada diante do constante lidar com a morte. Reuniões em equipe para a discussão de casos clínicos podem privilegiar o estabelecimento de condutas uniformes com mais tranquilidade, minimizando os sentimentos de culpa advindos da necessidade do tratamento. Além disso, a realização de seminários e cursos de reciclagem pode abrir espaço para a ampla discussão das dificuldades e alternativas possíveis na situação. Os contatos informais entre os membros da equipe em situações de emergência e o favorecimento de atividades extras para união e crescimento afetivo da equipe também são instrumentos positivos que podem auxiliar na minimização de consequências negativas advindas do constante contato com o sofrimento e morte de pacientes.

A Figura 17 apresenta algumas orientações gerais para as equipes de saúde no sentido de que possam repensar e reavaliar suas condutas profissionais, buscando uma forma mais adequada de se posicionar profissionalmente.



**Figura 17**  
**Orientações Gerais para as Equipes de Saúde**  
**que Atuam com Crianças Gravemente Enfermas ou Terminais**

Trabalhar a relação com a própria vida e principalmente refletir sobre a própria morte  
Repensar os objetivos e ideais profissionais e pessoais  
Partilhar as dificuldades e angústias com colegas  
Estar alerta para limitações, não ultrapassando limites emocionais  
Desenvolver atividades extratrabalho que propiciem a liberação de tensões  
Considerar, sempre e acima de tudo, o paciente  
Atuar colocando-se "no lugar"  
Promover a esperança e estimular a participação ativa no processo  
Proteger a dignidade do paciente e dos familiares  
Como meta: escutar

Na fase terminal, a equipe de saúde deve garantir tanto à criança como aos familiares o alívio da dor e do sofrimento através da presença constante, de intensa atenção. Suporte intensivo à raiva e frustração também é primordial na situação de pré-óbito, ajudando sobremaneira na elaboração da morte através do apoio, conforto e continência evidenciados. No entanto, a equipe deve estar alerta a pedidos e desejos tanto da criança como dos familiares, tentativas desesperadas e ao velório antecipado que, muitas vezes, expressam negação da realidade e descontrolo diante da perda.

## MENSAGEM FINAL

Não poderia finalizar este capítulo sem uma mensagem final a todos os profissionais, médicos e paramédicos que trabalham direta ou indiretamente com crianças terminais e com seus familiares. E esta mensagem não poderia deixar de vir de crianças gravemente doentes e hospitalizadas.

Primeiramente, um alerta para todos aqueles que no afã de suas atividades diárias no Hospital proíbem a presença de familiares junto a seus filhos em Unidades de Terapia Intensiva ou, mesmo, em salas de emergência, mostrando-se insensíveis ao sofrimento de uma criança:

*"Quando eu acordei, pensei que já tinha morrido  
mas depois eu olhei meu braço e vi o soro e  
achei que quem morre não fica com soro...  
Aí eu comecei a sentir muita dor e queria chamar  
minha mãe mas não conseguia falar.  
Um monte de gente que eu não conhecia passava  
E mandava eu ficar calmo e eu não conseguia  
falar que eu queria minha mãe.  
Como é que eu ia ficar calmo se eu estava sozinho?  
Eu nunca tinha sentido tanto medo de ficar sozinho...  
Eu estava morrendo sozinho."  
R.S., 12 anos, 1990*

Por fim, uma mensagem a todos aqueles que menosprezam a capacidade de compreensão clara e singela que as crianças doentes e hospitalizadas têm sobre a morte iminente:

*"Era uma vez um macaco chamado Pedro.  
Ele tinha leucemia e teve que ir para o hospital.  
Quando ele chegou lá, ele fez mielo,  
tomou soro e ficou pelado, todo careca.  
Um dia o macaco Pedro ficou vomitando sangue  
e os médicos levaram ele para a sala de emergência.  
O macaco chorou e gritou porque pensava que ia morrer.  
Aí os amigos dele falaram para ele ficar sossegado  
porque não era ruim.  
Morrer era ir para o céu para ficar só brincando,  
vendo televisão e ganhando presente.  
Aí o macaco Pedro parou de chorar e dormiu  
Aí ele morreu".*

*História Coletiva – Grupo de Crianças  
Pediatria do H. Brigadeiro – Setembro de 1988*



## Referências Bibliográficas

- 1 ABERASTURY, A. – A percepção da morte na criança. In: \_\_\_\_\_ – "A percepção da morte na criança e outros escritos." Trad. de Maria Nestrovsky Folberg. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984. cap. 9, pp.128-139.
- 2 AJURIAGUERRA, J. e MARCELLI, D. – A criança e o mundo médico. In: \_\_\_\_\_ – "Manual de Psicopatologia Infantil." Trad. de Alceu Edir Filman. 2 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. cap. 25, pp.389-401.
- 3 ALVES, R. – A Morte como conselheira. In: CASSORLA, R.M.S. – "Da Morte." São Paulo, Papirus, 1991.
- 4 ARIÉS, P. – "História da morte no ocidente." Lisboa, Ed. Teorema, 1989.
- 5 BOLDUC, J. – A developmental study of the relationship between experience of death and age and development of the concept of death. Columbia University, 1972, "Education Psychology." Ann Arbor, Michigan Univ. Microfilms A Xerox Co., 1972, 160 p.
- 6 BOSS, M. – "Angústia, culpa e libertação: ensaios de psicanálise existencial." São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1981.
- 7 BOWLBY, J. – "Los cuidados maternos y la salud mental." Madrid, O. San. Pan Americana, 1954.
- 8 BRUNER, J.S. – "O processo da Educação", São Paulo, Nacional, 1971.
- 9 CASSORLA, R.M.S. – "Da Morte". São Paulo, Papirus, 1991.
- 10 COUSINET, R. – L'idée de la mort chez enfant. "J. Psychol.", 1939, 1-2, 65-75.
- 11 FLORES, R. – "Utilidade do procedimento desenho-estória na apresentação de conteúdos emocionais de crianças terminais hospitalizadas." Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 1984.
- 12 GARFINKEL et al – "Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência." Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- 13 GESELL, A. – "A criança dos 0 aos 5 anos." Trad. de Cardigo dos Reis. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 1985, 392p.
- 14 GRÜNSPUN, H. – "Distúrbios Psiquiátricos da Criança." Rio de Janeiro / São Paulo, Atheneu, 1987.
- 15 KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. – "Psicologia da Morte." São Paulo, Ed. Novos Ubrais/EDUSP, 1983, 445p.
- 16 KLUBER-ROSS, E. – "Sobre a morte e o morrer." São Paulo, Martins Fontes, 1969.
- 17 KNOBEL, M. – "Orientação Familiar." São Paulo, Papirus, 1992.
- 18 KONIOR e LEVINE – Miedo a la muerte: cómo se comportan los pacientes y sus médicos. In: GOEPP e HAMMOND – "Terapia de apoio del paciente canceroso." Editorial Médica Panamericana, 1977.
- 19 KOOKER, G. – Talking with children about death. "American Journal of Orthopsychiatry" 44 (1974), 3, p.404-411.
- 20 KOVACS, M. J. – A criança gravemente enferma e a morte. In ASSUMPÇÃO JR., Francisco B. – "Psiquiatria da Infância e da Adolescência." São Paulo, Livraria Editora Santos/ Maltese (1994) cap.44, pp.499-506.
- 21 MARTINS, J. – "A morte e o morrer." São Paulo, 1986, 205p. Trabalho de Conclusão de Curso para Obtenção de Título de Especialista em Psicologia Hospitalar – Instituto Sedes Sapientiae.
- 22 MATTSON, A. – "Long-term physical illness in child-hood: A challenge to psychosocial adaptation". *Pediatrics* (1972) 50:801-811.
- 23 MAURER, A. – Maturation of concepts of death. "British J. Medic. Psychology", 39, 35, 1965.
- 24 MORIN, E. – "O enigma do homem." Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
- 25 NAGY, M.N. – The child's view of death. In: Herman Feifel (ed.), "The meaning of death." Nova Iorque, McGraw-Hill, 1959, p.79-98.
- 26 PINCUS, L. – "A família e a morte. Como enfrentar o luto." Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1974.
- 27 PLESS, I.B. – "Clinical assessment: Physical and psychological functioning." 1984, *Pediatr. Clin. North Am.* 31:19-31.
- 28 RAIMBAULT, G. e ROYER, P. – Thématique de la mort chez l'enfant atteint de maladie chronique. "Archives Françaises de Pédiatrie", 26, 1041, 1969.
- 29 RAIMBAULT, G. – "A criança e a morte. Crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto." Trad. Roberto Côrtes Lacerda. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1979, 184p.
- 30 SCHETER, D. E. et alli – Development of the concept of time in children. "Journal of Nervous and Mental Diseases", 1955, 21, 301-310.
- 31 SOLNIT, A. e GREEN, M. – Psychologica considerations in the managent of death on pediatric services. "Pediatrics", 24, 106, 1959.
- 32 TALLMER, M. et alli – Factors influencing children's concept of death. "Journal of Clinical Psychology" 123. (1973), 2, 359-60.
- 33 TORRES, W.C. – "O conceito de morte em diferentes níveis do desenvolvimento cognitivo: uma abordagem preliminar." Tese de Mestrado. CPGP/ISOP/FGV, 1978.
- 34 TORRES, W.C. – O conceito de morte na criança. "Arquivos Brasileiros de Psicologia", 31 (4): 9-34, out./dez. 1979.
- 35 TORRES, W.C. – O tema da morte na psicologia infantil: uma revisão de literatura. "Arquivos Brasileiros de Psicologia", 32 (2): 59-71, abril/jun. 1980.
- 36 VALLE, E.R.M. – O discurso de pais de crianças com câncer. In CASSORLA, R.M.S. – "Da Morte." São Paulo, Papirus, 1991.
- 37 VAN EERDEWEGH, M.M. – "The bereaved child." 1982, *Br. J. Psychiatric* 140:23-29.
- 38 WASSERMAN, A. L. – Princípios de tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes com doenças físicas. In GARFINKEL, B.D. et alli – "Transtornos Psiquiátricos na Infância e Adolescência." Porto Alegre, Artes Médicas (1992) cap.28, pp.408-421.
- 39 WELLER, E. B. e WELLER, R. A. – Luto em crianças e adolescentes. In: GARFINKEL, B.D. et alli – "Infância e Adolescência." Trad. de Maria Monteiro Goulart, Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. cap.3, pp.44-52.
- 40 ZIEGLER, J. – "Os vivos e a morte." Trad. de Aurea Weissenberg. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1977 320p.
- 41 ZLOTOWICZ, M. – "Os medos infantis." Trad. de Marco Aurélio de Moura Matos. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976, 181p.





# ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO À PESSOA PORTADORA DE DOENÇA CRÔNICA

*Claudia Tavares dos Santos  
Ricardo Werner Sebastiani*

As enfermidades crônicas têm recebido apenas ultimamente a devida atenção por parte dos profissionais de saúde e das instituições dedicadas tanto ao tratamento quanto à pesquisa. Esse fato ocorre no âmbito internacional do chamado primeiro mundo, onde se tem desenvolvido trabalhos junto às comunidades, sendo criado inclusive na Europa a European Association For Palliative Care, onde profissionais das mais diferentes especialidades uniram-se para tratar o tema da qualidade de vida dos pacientes portadores de doenças crônicas e sobretudo aquelas que avançam inexoravelmente para um estado terminal. Novas formas de abordagem do paciente e família, a priorização da manutenção, o mais possível do paciente em sua casa com sua família, a organização de equipes que desenvolvem visitas domiciliares permanentes têm mostrado que a possibilidade de se criar uma nova forma de se relacionar e cuidar da pessoa portadora de uma doença crônica não é impossível, ao contrário, até mesmo os custos para esse tipo de trabalho, em relação aos da institucionalização do paciente, são menores.

No entanto, no Brasil, nossa realidade ainda se arrasta numa prática quase medieval de atenção ao paciente crônico. Estima-se que possuímos atualmente algo em torno de 25 000 000 (vinte e cinco milhões!) de pessoas portadoras de algum tipo de patologia crônica, dentro do conceito assinalado nesse capítulo, entre chagásicos, diabéticos, epiléticos, alcoólatras, aids, portadores de insuficiência renal crônica, etc. Esse contingente que representa muito mais que a população total de muitos países está praticamente relegado à sua própria sorte nas



filas do INSS, aguardando uma vaga num hospital para um eventual tratamento paliativo, esperando e às vezes morrendo nessa espera, um atendimento para uma crise aguda na evolução de seu processo crônico. Marginalizados da sociedade, uma vez que, na maior parte das vezes improdutivos, dependem da família, da boa vontade de instituições filantrópicas e, é óbvio, de se concluir, tendo uma qualidade de vida que tende ao zero.

A prática de saúde que se instalou no Brasil nos últimos 30 anos é predominantemente curativa (atenção secundária), sendo que poucos recursos são destinados à atenção primária (prevenção) e praticamente nenhum à atenção terciária à saúde (reabilitação e cuidados paliativos). Ainda assim ouvimos diuturnamente autoridades, instituições e profissionais de saúde denunciando a falência dos serviços de assistência à saúde do país (e quando essa denúncia é feita esta se relaciona predominantemente ao sistema de atenção secundária, teoricamente o que recebe maiores recursos e que tem a maior parte das estruturas física e humana destinadas a ele). Um exemplo triste desse fato é que o país gasta atualmente 30 vezes mais com o tratamento de pessoas portadoras de doença de chagas do que a verba destinada ao combate ao Barbeiro (hospedeiro do *tripanosoma cruzi* que produz a doença), combate esse aliás praticamente parado há 12 anos. Isso sem contar o custo indireto que é o de ter alguns milhões de pessoas dependentes e improdutivas numa fase de vida em que normalmente estariam em plena capacidade produtiva. Senão pelas pessoas, seria interessante pensar pelo numerário envolvido em tais questões, já que o descaso nos leva a pensar que as questões afetas ao indivíduo são secundárias às visões políticas e econômicas.

Esse triste quadro dá ao leitor uma pálida idéia do que é e quão grande se torna a necessidade de se destinar atenção diferenciada a essa parcela de pessoas. Caso se procure na própria literatura especializada trabalhos referentes aos cuidados com o paciente crônico, mais uma vez iremos nos deparar com a mesma pobreza. Em função destes aspectos é que se julgou importante trazer nesse capítulo uma série de considerações acerca do trabalho que o Psicólogo Hospitalar pode e deve desenvolver junto ao paciente crônico e sua família.

Nesse primeiro momento serão abrangidas as questões gerais que envolvem o universo psicossocio-afetivo da pessoa portadora de doença crônica, o SER DOENTE; é nossa intenção em trabalhos futuros entrarmos em especificidades de determinados tipos de patologias e dos aspectos psicológicos próprios destas. Mas como ressaltado, acredita-se que num primeiro momento abarcar a questão de uma forma mais global torna-se mister.

Raras publicações focalizam as características psicológicas comuns do paciente crônico, enfocando, ao contrário, nuances psíquicas em cada doença específica.

A proposta de consideração global das características psicológicas desses pacientes parece mais adequada para a compreensão de alterações psíquicas seja em diabetes, câncer, insuficiência renal crônica, lúpus e outras.

✧ Zozaya, J. L. G.<sup>(1)</sup> (1985) define doença crônica como "qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características: que seja permanente, que deixe incapacidade residual, que produza alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidados. São produzidas por processos mórbidos de variada etiologia, que por sua relativa frequência e severidade, revestem singular importância médica, social e econômica para a comunidade."

Referindo-se à doença crônica, Schneider, P.B.<sup>(2)</sup> (1976) aponta que "(...) certos indivíduos se tornam doentes crônicos pela simples razão de apresentarem alterações somáticas tão importantes que são forçados a renunciar a qualquer possibilidade de adaptação e de desenvolvimento, mesmo restrito e sentem necessidade de cuidados constantes."

Contudo, o indivíduo será considerado paciente crônico se for portador de uma doença incurável. Observa-se, porém, que muitos pacientes que têm um longo período de internação procuram manter a cronicidade da doença, muitas vezes a fim de obter cuidados que fora do ambiente hospitalar não teriam, ou mesmo por sentirem necessidade psicológica intensa de viver dramaticamente um estado crônico, que parece ser indispensável ao seu funcionamento existencial.

Neste sentido, Schneider, P.B.<sup>(2)</sup> (1976) comenta que "do ponto de vista psicológico, portanto, o doente crônico deve ser definido por outros critérios diferentes dos que se relacionam diretamente com a afecção de que ele sofre ou com as seqüelas das doenças ou enfermidades que ele apresenta. Um indivíduo somaticamente "são" ou "normal" pode ser um doente crônico grave, enquanto um outro indivíduo que apresenta alterações funcionais e lesionais importantes não o é. Ao que parece, entrar na cronicidade implica uma elaboração psicológica existencial. O indivíduo vai entrar em alguma coisa que vai se tornar um "estado" duradouro; essa extensão, no tempo dos distúrbios da saúde acarretará conseqüências modeladoras da vida psicológica."

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "saúde é o total bem estar biopsicosocial da pessoa e não somente a ausência de doença."

Com o avanço das ciências da saúde, tenta-se cada vez mais dar assistência integral ao enfermo, dentro de uma abordagem multifatorial na compreensão da etiologia da enfermidade, aprimorando as técnicas e processos de tratamento, uma vez que são aspectos importantes e fundamentais para possibilitar a recuperação do doente.



No entanto, muitas enfermidades não têm a perspectiva de recuperação, resta à pessoa que foi acometida por uma dessas enfermidades o esforço para se adaptar a vida com a doença, ou seja, se reestruturar quase que por completo para poder assim viver, na medida do possível, com qualidade apesar das limitações e perdas impostas pela enfermidade.

Observa *Schneider, P.B.* (1976), que o "(...) mundo dos doentes mostra, sem dúvida, que não existe concordância entre o fato de ser afetado por doença crônica e ser, no plano psicológico, um doente crônico (...). As alterações funcionais e lesionais podem acarretar certas restrições à sua vida, restrições às quais se adaptaram e as quais se adaptam quando surgem agravamentos (...). Muitas vezes, respondem que têm uma doença mas não vivem como "doentes", mesmo quando precisam tomar certas precauções e tem de renunciar a certas atividades físicas ou intelectuais."

De acordo com *Perestrello, D.* (1989), "(...) o adoecer é único em múltiplos sentidos, quer o ser humano adoça mentalmente e seja objeto dos cuidados de um psiquiatra, quer adoça somaticamente e fique aos cuidados de um internista, dermatologista, oftalmologista, cirurgião... O fato de exteriorizar seus sintomas mental ou corporalmente em nada modifica o modo de se compreender o seu enfermar. Há que se buscar sempre a superação daquilo que Binswanger chamou a gangrena da psicologia, isto é, a separação corpo - mente."

Ressalta-se que o doente crônico está lutando constantemente no sentido de compreender e aceitar a doença para, assim, conseguir vivê-la.

Quando um ser humano encontra-se numa situação conflitiva com uma doença crônica, não se deve esquecer de considerar esse indivíduo como uma unidade soma-psique, procurando, de certa forma, manter sua integridade como um todo.

Consideramos o homem como um todo. Um Ser singular, dinâmico, dotado de corpo e alma (na concepção de unidade, não dicotomizado) que se desenvolve num ambiente e nele interage, sendo dele determinante e determinado; em termos de existência, o mesmo acontece, ou seja, também determina e é determinado no seu processo de existir.

Entende-se por doença a desarmonia orgânica ou psíquica, que, através de sua manifestação, quebra a dinâmica de desenvolvimento do indivíduo como um ser global, gerando desarmonização da pessoa; compreende-se esse desequilíbrio como um abalo estrutural na condição de ser dentro de sua sociocultura.

No diagrama apresenta-se a integração entre corpo e mente dentro de um ambiente que dinamiza essa relação. O indivíduo constantemente procura o equilíbrio nas suas esferas com intenção para sua homeostase. (A)

Com a doença, quebram-se a dinâmica e as relações existentes entre o indivíduo consigo mesmo e com o mundo. (B)

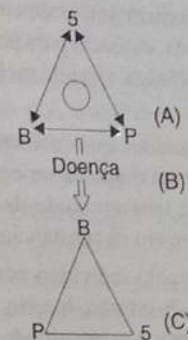


Figura 1

Neste diagrama, tem-se o indivíduo determinado pelo fenômeno doença, portanto, enquanto perdurar a enfermidade, a pessoa assume uma nova condição, é quando surge, de sua psicodinâmica, o fenômeno do SER ou ESTAR doente, determinando mudanças e perdas que alterarão sua identidade. (C)

A doença surge como um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido. Para isso, existem medicamentos e profissionais de saúde. Muitas vezes, parece que se *esquece* o significado do adoecer, cuidando apenas do órgão prejudicado, dividindo o indivíduo entre corpo e mente, esquecendo-se da história pregressa pessoal, familiar e social. Deve-se entender que, como já mencionado, o ser é único, singular e que seu modo de existir assim como adoecer tem suas características próprias, de maneira original e individual.

*Zozaya, J. L. G.* (1985) refere que "(...) devemos levar em conta: a constituição biológica do paciente, sua característica genética, seu ambiente e a parte psicológica, que são fatores que vão determinar seu comportamento."

Conforme *Perestrello, D.* (1989), "o psiquiatra, ou o médico de qualquer especialidade que lida com doentes, terá uma dupla tarefa. Deverá estar apto para a abordagem naturalista, saber examinar o paciente somaticamente, conhecer a fisiopatologia e as etiopatogenias e, além disso, proceder à abordagem compreensiva, em termos do que costumo chamar a história da pessoa. Para a segunda tarefa, que não será feita "num segundo tempo", senão que se entremeará com a primeira, terá que por entre parênteses as explicações naturalistas.

Uma vez, porém, feito o diagnóstico naturalista, deverá tirá-las do parênteses e vê-las em função da história da pessoa, a qual irá enriquecendo-se durante todo o tempo que lidar com o paciente, ao longo do convívio que mantiver durante o tratamento."



Então, compreender o homem integralmente é fundamental quanto à sua natureza, corpo, história de vida, essência para poder compreender seu comportamento frente a uma moléstia crônica, visando melhor recuperação biopsicossocial do paciente.

Perestrello, D.<sup>(3)</sup> (1989) comenta que "a doença não é algo que vem de fora, não é um corpo estranho e sim um modo de ser expressando-se em circunstâncias adversas, assim como a pessoa tem um modo-de-ser, também possui um modo-de-adoecer único, que sobrevêm em circunstâncias críticas."

Assim, a doença é sentida pelo indivíduo como uma agressão, gerando um abalo na condição de ser, tornando o futuro incerto. A doença na vida do indivíduo instala-se de uma maneira abrupta, não permitindo ao ser humano uma adaptação gradativa à facticidade.

Neste sentido, Olivieri, D. P.<sup>(4)</sup> (1985) refere que "o Ser Doente tem ameaçado o seu futuro, o que acarreta grande insegurança e ansiedade. É possível sentir o fim do futuro planejado, quer dizer, o ser-doente poderá ter a sensação de que tudo o que havia programado para o futuro não acontecerá jamais, porque o seu fim chegará antes ou a sua enfermidade impossibilitará o acontecimento previsto."

A doença, dependendo de sua gravidade, afasta o indivíduo doente do convívio familiar, social, do seu trabalho, isolando-o do seu meio ambiente.

Segundo Lima, A. M. C.; Mendonça Filho, J. B.; Deniz, J. S. S.<sup>(5)</sup> (1994), nota-se que "as perdas sentidas como definitivas, impostas como consequência da doença, são traduzidas por uma privação ao nível do funcionamento e do prazer corporal. Muitas vezes essas perdas são equivalentes à perda de um objeto de amor e acarretam as mesmas reações de luto. A vida gira agora em função da doença, o mundo torna-se vazio, desinteressante e pobre. Um desânimo profundo, uma inibição de toda e qualquer atividade."

Percebe-se que uma série de sentimentos confusos e dolorosos podem acompanhar o indivíduo a partir do aparecimento da doença e ser agravada com a internação hospitalar. A internação reforça a condição de dependência, que pode ser sentida pelo paciente como agressão, pois se encontra sobre o domínio de uma estrutura hospitalar, sob o poder dos profissionais de saúde que, muitas vezes, tiram o sentido de autonomia e a capacidade de decisão do próprio paciente.

Para Tähkää, V.<sup>(6)</sup> (1988) "o hospital, e o fato de baixar a ele, pode ter diversos significados para o paciente, dependendo da natureza de sua doença, de sua personalidade específica e de sua situação de vida. Alguns pacientes experimentam o fato como permissão de baixar ao hospital, vendo-o como um lugar seguro, do qual esperam ajuda, alívio dos sintomas que lhes causam dor, ansiedade e desamparo e/ou onde podem, por algum tempo, ser aliviados das pressões, tensões e conflitos da vida cotidiana. Outros experimentam-no como obrigação de baixar ao hospital. Em vez de alívio, o sentimento dominante tende então a ser a ansiedade.

a qual pode, em variáveis graus, dever-se à sua enfermidade, à sua situação de vida ou aos temores que tenham de hospitais."

O próprio processo de hospitalização, conforme Campos, T. C. P.<sup>(7)</sup> (1988), "pode ser sentido como agressão, pois a instituição reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe roupas, camisolão, pijama típico do hospital, decidindo tudo ou quase tudo pelo paciente."

Neste sentido, Tähkää, V.<sup>(6)</sup> (1988) diz que "é natural que quanto mais ansioso e deprimido um paciente se ache quando é admitido ao hospital, mais estranho e assustador tenha probabilidade de achá-lo, especialmente se tratar de uma primeira admissão. Comparado com o ambiente do lar, trata-se de um lugar impessoal e estéril, onde parece pouco provável que levem em consideração os seus hábitos individuais de vida. As roupas são-lhe tiradas e muitas vezes tem de partilhar o quarto com estranhos.

Tem de adaptar sua vida a uma rotina estritamente ordenada, com horas estabelecidas para dormir, comer, mover os intestinos, falar, receber visitas, e assim por diante. Fica sujeito a estranhas e assustadoras experiências, auditivas e olfativas; tem de submeter-se a diversos tratamentos inusitados e alarmantes, deve observar de perto as doenças de outras pessoas e escutar quando elas descrevem os seus sintomas; tem de adaptar-se a que suas necessidades mais íntimas sejam cuidadas por pessoas que lhe são estranhas. Em tudo isso, deve observar as normas de ordem e responder às exigências do pessoal, ao mesmo tempo em que, com frequência, é deixado horas em tensa espera e incerteza."

Com a internação, o indivíduo percebe que não é mais o mesmo, pois há uma ruptura na história deste, ocasionando sofrimento diante de sua própria imagem já alterada. Sabe-se que o hospital tem uma função separadora. Internado, o doente fica sozinho; apesar de o hospital dar a retaguarda, acaba impondo suas normas.

Este jogo de poder estabelecido entre a instituição e o paciente devido a determinação de normas e limites, faz com que o doente perca ou tenha sua identidade abalada. Isso o levaria a assumir um outro lado criado pela estrutura da instituição dominadora, opressora e rejeitadora das participações individuais. Entretanto, pode-se considerar que muitas dessas condições colocadas pela instituição são necessárias para seu funcionamento, porém, é criticável a forma despersonalizante que isto, na maioria das vezes, acontece.

Sabe-se que o hospital é uma instituição marcada pela luta entre a vida e a morte. O indivíduo quando internado tem em sua história pessoal uma cisão de seu cotidiano, logo ocorre uma série de problemas na sua autonomia e no transcurso normal de sua vida. Muitos fatores contribuem para que o paciente sinta descontentamento, desgosto, sensação de abandono, medo do desconhecido, etc. A situação de estar internado no hospital é totalmente nova e desconhecida para o



indivíduo, provocando fantasias e temores. Campos, T. C. P.,<sup>(7)</sup> (1988) menciona que "muitas vezes a pessoa encara a doença como uma agressão externa, uma punição, com o aparecimento de sentimentos de culpa e limitação de atividades." Intensificando, assim, ainda mais o sofrimento físico e mental.

Coloca Tähkä, V.<sup>(6)</sup> (1988) que "um dos aspectos mais penosos da vida no hospital, além de seus elementos de incerteza e tensão, é a sua monotonia e os seus efeitos apassivadores e infantilizantes sobre os pacientes. De modo especial quando a estada no hospital é prolongada, a continuada falta de atividade, ser cuidado por outros e viver segundo um horário por estes estabelecido tendem a tornar apáticas e deprimidas as pessoas adultas e, às vezes, a estimular abertamente suas necessidades regressivas de dependência, o que pode ter por resultado o já mencionado fenômeno da institucionalização."

Com as rotinas de tratamento, o paciente sente-se, se quisermos falar do aspecto físico, agredido e invadido (invasão que ocorre, por exemplo, através de sondas, cateteres, drenos, etc.), gerando sentimentos de dúvida, medo, expectativas, sensações estranhas em sua corporeidade, etc., atingindo e, até, comprometendo sua identidade, que é representada didaticamente pelo Eu Físico. A identidade se forma baseada e a partir da estruturação da Consciência do Eu (tanto do Eu Físico, quanto do Eu Psíquico), compreendendo, por assim dizer, a importância da apreensão das vivências corporais (Eu Físico) e sensorio-perceptivas (Eu Psíquico). A consciência corporal e a estruturação corporal juntamente com a organização neurológica do Homúnculo Sensitivo, situado no giro pós-central, são responsáveis pela base de maturação de nossa consciência – Eu Físico (Vide item Exame Psíquico no Cap. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral).\*

Nesta situação de hospitalização o indivíduo sente-se invadido e privado do seu espaço vital, ou seja, vai sendo quebrada uma espécie de barreira invisível e semipermeável que a pessoa cria em sua volta.

\* Contudo, Tähkä, V.<sup>(6)</sup> (1988) comenta que "os hospitais são geralmente planejados para fornecer tratamento somático eficaz, não para levar em consideração as necessidades psicossociais e a qualidade de vida dos pacientes. O mesmo se aplica às rotinas de enfermagem e aos horários diários. Prestando-se mais atenção aos pacientes como pessoas, mantendo-os informados das finalidades dos procedimentos e aspectos especiais da vida do hospital e tratando-os mais como adultos, muito se poderia fazer para reduzir-lhes a ansiedade e apoiar-lhes a auto-estima amígdala oscilante, tão importante para a recuperação bem sucedida. Para apoiar as partes adultas da personalidade do paciente e opor-se às suas tendências regressivas, é importante incentivar-lhes o auxílio a si próprios, tanto quanto possível em sua condição. Especialmente nas enfermarias para pacientes crônicos e a longo prazo, é vantajoso estimular os pacientes a fazerem suas próprias camas, prepararem em conjunto o seu lanche da noite e, até onde possível, ajudarem no cuidado e tratamento uns dos outros. Para contrabalançar a preocupação regressiva com a enfermidade e o isolamento que lhe vai de par, seria útil encorajar as atividades sociais e outras atividades dos pacientes ajudando-os a criar grupos de debate, organizando ocasiões comuns e programadas para pacientes etc. (...)."

O Ser Doente é um ser que vivencia uma doença; não é um ser anormal e sim um ser diferente.

Olivieri, D. P.<sup>(4)</sup> (1985) refere que "o profissional não deve pensar em termos da doença mas em termos de um doente que está presente diante dele – de um ser humano na sua facticidade como doente que necessita de cuidado pessoal e especial."

O Homem é um ser que, independente de sua patologia, mantém posturas frente à vida, que se pode chamar de tendência necrófila e tendência biófila (vide capítulo Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral), com a predominância, existencialmente falando, de uma ou outra, e estes dois fatores, com advento da doença, é que irão determinar as reações, agora do homem paciente, frente à condição de Ser ou Estar Doente. A tendência necrófila, por exemplo, pode ser observada pela equipe de saúde quando o paciente abandona o tratamento ou não responde às condutas terapêuticas, deixando transparecer "o entregar-se" à doença, numa postura depressiva e num literal desinteresse por si mesmo.

Por outro lado, a tendência biófila pode ser também notada pela equipe de saúde, quando o paciente segue rigorosamente as condutas terapêuticas a fim de resgatar seu bem-estar."

Dessa forma, o Ser Doente aspira ser o que era anteriormente, deseja ser um ser saudável, pois com a instalação de uma doença, o indivíduo perde o autocontrole, a liberdade. Com o intuito de resgatar o seu ser anterior, entrega-se deliberadamente o seu viver a outro ser que possivelmente o conduzirá para o que tanto almeja, o seu bem-estar biopsicossocial, tendo, deste modo, um retorno à sua vida normal.

Deve-se considerar portanto que o doente que deseja ser não vive em desespero por não desejar ser ele próprio. Muitas vezes, a doença vem ao encontro do desejo do paciente no sentido de vir a solucionar um conflito ou uma situação de fuga. Dessa forma, o paciente não assume a responsabilidade de ser não.

Kierkegaard, S.<sup>(8)</sup> (1979) cita que isto "constitui o desespero e o ser-doente é ser desesperado." Nesse sentido, Olivieri, D. P.<sup>(4)</sup> diz que este desespero ocorre no doente "seja porque não quer assumir o seu 'eu' sadio (quer desembaraçar-se do 'eu' real, sadio) ou porque tem vontade desesperada de não ser o que no momento ele é – ou seja, tem vontade de ser sadio. O que não tem saúde, em geral, tem 'pressa' de ficar bom."

\*\* Para o Ser Doente, a doença é sentida como uma perda do Eu anterior que o deixa insatisfeito e desesperado. Entrega-se ao seu médico com o objetivo de resgatar o seu Eu, ficando sua vida confiada a estranhos, a quem passa a acreditar, perdendo sua privacidade e liberdade, tendo que sofrer adaptações rápidas a um ambiente diferente ao do seu lar, vivenciando sentimentos de saudade, porém sem opção, pois o que deseja é ser sadio.



Sendo o Ser Doente vítima das circunstâncias necessita ser amado e se encontrar a fim de que melhore. Mas poderá também passar a conviver com a doença de maneira mais amena, familiarizando-se com ela e vivendo de forma mais tranqüila com essa nova condição de Ser Doente.

Olivieri, D. P.<sup>(4)</sup> (1985) observa "em alguns doentes, uma capacidade especial de adaptação à doença incurável, consistindo numa alteração profunda da realidade com o auto convencimento que existe gradativa melhora quando, na verdade, o quadro clínico segue, a olhos vistos; o trajeto esperado para a finitude. Outras ocasiões o ser passa a 'habitar' a doença, quer dizer, sente-se bem com a doença que passa a fazer parte de seu ser."

Schneider, P. B.<sup>(2)</sup>, no artigo "A Psicologia do Doente Crônico", refere quanto à tríade psicodinâmica de base do paciente crônico à dependência, regressão e passividade. Comenta que esses parâmetros psicológicos são ligados entre si. O autor<sup>(2)</sup> (1976) nota que "essa tríade psicodinâmica intervém positivamente nas afecções agudas e quando ocorrem surtos evolutivos de uma afecção crônica, porque ela permite ao paciente receber os cuidados de que precisa, limitar justamente sua atividade, a ela renunciar se for preciso e assumir finalmente o papel do 'bom doente'."

Contudo, Schneider, P. B.<sup>(2)</sup> observa que a doença crônica gera uma série de limitações, restrições, incapacidades ao paciente, exigindo muitas vezes cuidados sistemáticos; porém, toda a equipe de saúde e até mesmo os familiares deste doente gostariam que o paciente, mesmo em regressão, dependente e passivo pudesse de certo modo viver uma vida normal, considerando as restrições sociais ou psíquicas que houvessem.

Neste sentido, Chiattoni, H. B. C.<sup>(9)</sup> (1993) diz que "o ser doente convive constantemente com a ambigüidade imposta pela própria doença expressa em seu corpo. Mesmo buscando repudiar o seu ser doente, as implicações terapêuticas controlam sistematicamente sua vida. Como resultado, sempre que o paciente tenta superar a dependência e passividade, assumindo expressão ativa, expõe-se à possibilidade de fracasso, sendo, muitas vezes, dominado por essa ameaça.

Cria-se, um círculo vicioso pois estimula-se o paciente a agir ativamente diante de sua doença, assumindo seu controle mas paralelamente, impõe-se o peso constante das responsabilidades que envolvem o rígido tratamento."

Chiattoni, H. B. C.<sup>(9)</sup> (1993) segue comentando o quanto é "importante considerar que nem sempre o ser doente deseja liberar e gratificar essas novas forças envolvidas à sua doença. Ao contrário, deseja manter-se regredido, dependente e passivo obtendo os lucros dessa relação expressando o alívio secreto quando a equipe de saúde ou os familiares adicionam o peso de sua autoridade aos seus controles incertos."

Ao diagnosticar uma doença crônica, o médico certamente, salvo melhor tem de si mesmo. Ser um doente fatos que irão abalar sua vida e os conceitos que vez mais aumentarão; é muito mais difícil do que se adaptar a uma doença aguda externa. Sabe-se que o doente crônico "tem de aceitar" o fato de que nunca se curará e que sua condição de Ser Doente tende a piorar à medida que a sua moléstia progrida.

Perestrello, D.<sup>(3)</sup> (1989) comenta que "(...) o paciente procura o médico porque precisa de ajuda. Estar doente já implica em sentir-se desamparado, sem proteção, presa de ansiedade, mesmo que essa ansiedade não seja do conhecimento do próprio paciente."

Zozaya, J. L. G.<sup>(1)</sup> (1985), assinala que o paciente é a personagem mais importante nesse momento do diagnóstico de uma doença, em especial se for crônica, merecendo respeito, consideração e ajuda. Refere que "o paciente é um ser humano que se encontra em uma situação muito especial de sua vida. Se lhe é diagnosticado uma enfermidade crônica o que pode significar para ele que lhe limite suas possibilidades de vida, ou pelo menos, se querem prolongar sua existência deve submeter-se a uma série de limitações e de sacrifícios, que incluem troca em seus hábitos de vida, reajustes econômicos, sociais, etc. O paciente terá que fazer uma série de adaptações em seu estilo de vida, que vai implicar uma série de situações problemáticas, e é quando o médico que o acompanha deve intervir para tratar de ajudá-lo."

A angústia em relação ao diagnóstico desencadeia reações psíquicas específicas: num primeiro momento, o paciente tem um choque inicial que gera medo, depressão, choro e desespero, sendo um período curto, marcado pela família, médico e paciente.

Para Zozaya, J. L. G.<sup>(1)</sup> (1985), o diagnóstico, ou melhor, as enfermidades crônicas "produzem uma série de conflitos emocionais, ansiedade, angústia, que vão desencadear no paciente uma série de mecanismos defensivos múltiplos; entre os mais freqüentes e interessantes de comentar se encontram:

- **Regressão:** O paciente adota frente a sua enfermidade uma conduta infantil e põem em jogo mecanismos regressivos. Esta reação se observa com freqüência em sujeitos muito dependentes e que normalmente exigem muita atenção; manifestam uma necessidade de ser atendidos, de ser apreciados e, por sua enfermidade, se convertem em centro de atenções, produzindo como é lógico, um série de desajustes no meio familiar.
- **Negação:** Neste tipo de reação, o paciente não quer reconhecer sua enfermidade e trata então de enganar a si mesmo e a seus familiares, adotam



uma atitude negativa, colaboram pouco, se negam a receber ajuda médica e esperam até o último momento para ir a uma consulta (...).

- **Intelectualização:** Existe outro mecanismo que denominamos intelectualização, o paciente investiga todos os aspectos de sua enfermidade e pretende que, ao conhecê-la melhor, esta deixe de existir. Esta reação, sem embargo, pode dar-lhe um sentido positivo se o médico tentar orientar bem o paciente."

Segundo *Kubler Ross*<sup>(10)</sup>, o paciente e a família ao tomarem conhecimento da gravidade da doença podem passar por cinco estágios emocionais, notória e geralmente ocorrendo nesta ordem: 01-negação, 02-revolta (raiva), 03-barganha, 04-depressão e 05-aceitação.

O estágio de *negação* inicia-se quando o paciente, ao receber a notícia do diagnóstico, fica convicto de que os exames que foram feitos poderiam, por exemplo, ter sido trocados, como também o médico poderia ter se enganado. O paciente, não raro, procurará outros médicos e fará novos exames com a esperança de que o primeiro diagnóstico venha a estar errado, ou então abandonará o tratamento, agindo como se a doença simplesmente não existisse.

A negação funciona como uma defesa temporária, sendo logo substituída pelo estágio emocional seguinte ou outro deles qualquer, já que, necessariamente, tais estágios não ocorrem sempre na ordem que se observa na maioria das vezes; no entanto, são assim apresentados porque a didática assim requer, para melhor compreensão.

É comum a necessidade de negação no início de uma doença grave ou crônica. Percebe-se que essa necessidade vai e volta, com a evolução da relação com a doença e elaboração desta. Mais tarde, após idas e vindas por tais estágios, poderá vir a encarar a morte sem perder as esperanças e, aos poucos, se desprenderá de sua negação e se utilizará de mecanismos de defesa menos radicais, desde que passe a falar e "melhor ouvir" sua doença e mortalidade. É importante ressaltar também que em diversos casos pode-se identificar uma atitude por parte do paciente de *Negação Parcial*, ou seja, embora saiba e até comente sobre a doença, o paciente não se relaciona com ela, adotando atitudes que muitas vezes levam a achar que este está falando de uma outra pessoa enferma e não de si mesmo.

Entre os familiares do paciente é mais fácil discutir sobre a doença, enquanto esse (paciente) está em tempos de relativa saúde e bem-estar (momento do diagnóstico). Os familiares estarão preocupados em se reorganizar a fim de estabelecerem um novo vínculo com o membro doente. Procuram não falar sobre a doença com o paciente, colocando-se numa postura defensiva, porém, isso tende a não beneficiar o paciente (é o que se chama de "Pacto do Silêncio", onde, embora todos saibam do problema e os demais também, ninguém "toca" nele ou manifesta seus sentimentos).

A maioria dos pacientes percebe que ocorre uma mudança de atenções por parte da família, pois esta não consegue disfarçar seus reais sentimentos frente à situação de doença.

Quando não é mais possível manter o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, *revolta*, ressentimento e inveja. Surge, então, a pergunta: Por que Eu?

É muito difícil, do ponto de vista da família e do pessoal hospitalar, lidar com o estágio da revolta, principalmente pelo fato da projeção que o paciente realiza, ou seja, projeta geralmente toda esta raiva ao ambiente hospitalar, à equipe de saúde e aos familiares. Na maioria das vezes, a equipe de enfermagem é alvo constante da raiva dos pacientes. As visitas dos familiares são recebidas com pouco entusiasmo e sem expectativas, transformando-se em penoso encontro.

A reação dos parentes é de choro e pesar, culpa ou humilhação, ou, então, evitam visitas futuras, aumentando no paciente a mágoa e a raiva. Poucos (familiares) se colocam no lugar do paciente para saber de onde vem esta raiva, pois esta advém de que as atividades do paciente foram prematuramente interrompidas como se todas as coisas que começaram tivessem que ficar inacabadas, esperando que outros as terminassem (constatação de perdas irreversíveis e indesejadas). Este é um momento em que o paciente necessita ser compreendido, respeitado, aceito, "cuidado", para saber que é um ser humano igual a outro que não necessariamente precisa de explosões temporárias para ser ouvido.

O terceiro estágio, o da *barganha*, é o menos conhecido, mas igualmente útil ao paciente, embora ocorra por um período de tempo muito curto.

Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento, tem que incluir um "prêmio" oferecido, digamos, por bom comportamento. Estabelece também uma meta auto-imposta que insere uma promessa. Geralmente, são feitas com os seus, e mantidas em segredo. Podem-se associar essas promessas a uma culpa para se sentirem aliviados de seus temores. Nota-se, ainda, que muitos pacientes buscam outras maneiras de barganhar como, por exemplo, tratamentos alternativos, alimentação natural, cirurgias espirituais, etc.

Nota-se nessa fase a participação direta da família com o paciente em busca de cura.

A *depressão*, 4º estágio, é bastante conhecida entre os profissionais que tratam de pacientes crônicos. Há dois tipos de depressão: a chamada *Depressão Reativa* e a de *Depressão Preparatória*.

A *primeira* é a aflição inicial que o paciente em fase terminal é obrigado a se submeter para se preparar, para quando tiver que deixar este mundo, ou no caso de doenças crônicas ter de enfrentar a morte do seu ser anterior. O *segundo* tipo de



depressão, ao invés de se dar como uma perda passada, leva-se em conta perdas iminentes.

Quando a depressão é um instrumento da perda iminente de todos os objetos amados, para o paciente, o estado de aceitação, o encorajamento e a confiança não têm razão de ser.

No paciente crônico, a fase de depressão preparatória aparece não apenas ligada à situação de morte real, mas com maior frequência à morte simbólica, às perdas impostas em caráter permanente pela doença.

Conseqüentemente a isto, o paciente entrará no 5º estágio, o de *aceitação*, lamentando a perda iminente de pessoas e lugares queridos e contemplará seu fim próximo com uma tranqüila expectativa. Estará cansado e bastante fraco, sentirá necessidade de dormir com frequência em intervalos curtos. É quase uma fuga de sentimentos, é como se a dor e a luta tivessem cessado e fosse chegando o momento do repouso antes da longa viagem, encontra certa paz na aceitação desejando ficar só. É apenas uma questão de tempo até fechar os olhos para sempre.

Essa fase é o período em que a família carece de ajuda, compreensão e apoio mais do que o próprio paciente.

No caso da instalação da doença crônica, que evolui lentamente, a aceitação está ligada à própria permanência da doença. Existe nesse caso um estado precário de aceitação que pode se abalar a cada nova perda ou alteração do estado clínico e/ou emocional do paciente e família, fazendo com que ele retorne a estágios anteriores\*\*\*.

O diagnóstico de uma doença crônica faz emergir a questão da morte, não só do paciente mas também dos próprios profissionais de saúde, devido ao fato de saberem estar lutando contra uma doença que dificilmente terá como fim a cura. Portanto, observa-se que muitas vezes a relação médico-paciente é substituída por exames de laboratório, radiografias, medicamentos, etc., esquecendo-se, assim, que por detrás de um diagnóstico há uma pessoa com um nome, uma história e que tem a necessidade de entender esse momento de angústia despertada.

Boss, M.<sup>(11)</sup> (1981) afirma que "toda doença é uma ameaça a vida e, com isso, é um aceno para a morte, ou até um primeiro ou um último passo em direção à morte. Vida e morte são inseparavelmente unidas e pertencem uma à outra."

A morte é o acontecimento mais evidente que ameaça o não-ser; assim Olivieri, D. P.<sup>(4)</sup> (1985) refere que a morte "(...) é algo que acontece, e, mesmo antes de acontecer, é uma "presença" que ainda não veio; e este fim guarda uma relação estreita com a filosofia de vida do Ser Doente."

Portanto, pode-se pensar que a essência de vida complementa-se no sendo-para-a-morte, logo, a morte é um fenômeno da vida.

Segundo Martins, J. in Olivieri, D. P.<sup>(12)</sup> (1985), todos têm necessidade de "compreender o ser humano, o existir-ai-no-mundo, na sua plenitude, no seu complemento. Esta compreensão só se dá, de forma significativa, quando se assume o homem como podendo-não-ser-ai-no-mundo a qualquer momento. Enquanto o humano não chegar até seu fim, e quanto não houver ele percorrido toda sua trajetória no mundo, ele permanece incompleto. Não chegou a completar a sua inteireza, a sua totalidade. O homem, como ser-no-mundo, tem acesso ao significado do estar-sendo e este é o ponto mais importante, porque e somente porque é finito."

O Ser Doente, em especial, o portador de doença crônica vive mais intensamente a questão de estar-sendo voltado para um sendo-para-a-morte, à medida que o tempo avança e o seu estado piora e a morte se aproxima, suas perspectivas de poder ser um ser-ai sem a doença não se concretizam.

## RETORNO À VIDA NORMAL

Com todo o estresse e as limitações impostas pela doença, o doente crônico, geralmente, é encorajado pela equipe de saúde e pela família a levar uma vida normal na medida do possível. No entanto, o paciente crônico percebe que o tratamento não pode curar sua doença de base. Com o tempo, pretende-se fazer com que o paciente procure compreender suas limitações de atividades para continuar sua vida. Porém, é uma pessoa doente obrigada a se manter ligada com o hospital ou ambulatório devido a tratamento rigoroso para sobreviver. Em outras horas do dia, quando age de maneira independente, procura atuar como se fosse um indivíduo totalmente saudável.

Com a aquisição da doença crônica, muitos pacientes enfrentam a perda de um corpo saudável e ativo e, para muitos, o funcionamento corporal não adequado leva a uma perda da autonomia e da capacidade de agir com independência.

No início da doença é comum os pacientes serem bem assistidos pelos amigos, mas, com o tempo, tendem a se tornar isolados socialmente. Muitas vezes, essa insociabilidade é imposta pelo próprio tratamento, como também pelas limitações do paciente.

As perdas de emprego e da estabilidade econômica ocorrem num grande número de pacientes crônicos, em conseqüência de suas limitações, que determinarão a alteração na dinâmica social familiar, pois a doença impõe limites nas relações vinculares do indivíduo fazendo o mesmo perder o seu lugar simbólico,

\*\*\* Em relação a esses itens sugere-se ao leitor se reportar ao capítulo "Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral", onde os conceitos supracitados são acrescidos pelas observações de Stedeford e Zeigler.



sofrendo marginalização porque seu lugar não existe mais como era antes de adoecer. Logo, o indivíduo procura elaborar esse luto estruturando a perda destes vínculos afetivos, criando novos vínculos, espaços e horizontes. Defronta-se com uma total insegurança e ansiedade, uma vez que se sente impotente frente à patologia. Devido a este fato, muitas vezes, há uma regressão no paciente por se sentir extremamente dependente de seus familiares e equipe de saúde, tornando-se passivo, transferindo a responsabilidade para o outro.

Sabe-se que a doença para o indivíduo torna-se o lugar central em sua existência provocando desinteresse e retraimento sobre si mesmo, desinteressando-se pelas relações com os outros que anteriormente eram importantes em sua vida. No hospital, o paciente encontra-se perto do pessoal de enfermagem e médicos sentindo-se protegido contra a morte que parece ameaçá-lo muito mais quando está em casa sozinho, ou em contato com uma família que não consegue dividir suas preocupações.

## GANHO SECUNDÁRIO DA DOENÇA

Observa-se que em alguns casos o Ser Doente é tratado como um ser diferente, gozando de certos privilégios, atenção de todos que o cercam. Em muitas situações, utiliza-se deste estado de Ser Doente a fim de se comunicar com o mundo e obter certos benefícios. Conforme *Sebastiani, R. W. e Chiatton, H. B. C.*<sup>(13)</sup> (1991) "o indivíduo desenvolve inconscientemente o mecanismo de ganho secundário da doença onde, não obstante, o sofrimento e limitações imposta pela doença, este passa a se comunicar com o mundo a partir dela e a buscar esses benefícios (manipulando, chantageando, punindo, reparando, esquivando-se de responsabilidades, justificando-se, etc...). Nesse sentido, a doença se incorpora a vida do indivíduo de forma duplamente mórbida: uma pela supervalorização da doença como mecanismo de comunicação/relação, e outra por ser negligenciada em cuidados e administração de suas características nosográficas."

Nota-se que há o Ser Doente que não quer ficar bom por desejar as atenções do tratamento que é dado por amigos, parentes, pois vem compensar o desespero existente. Essas atenções especiais ao Ser Doente são encaradas como privilégios, tendo a sensação íntima de satisfação, reduzindo sua angústia ou criando um desejo de exploração de carinho. *Olivieri, D. P.*<sup>(4)</sup> (1985) refere que estas "(...) atenções especiais correspondem a exceções que todos fazem quando se trata do ser doente."

O paciente crônico é uma pessoa limitada em suas ações, limitação essa que muitas vezes é reforçada pela família. Assim, o indivíduo mostra-se menos capaz ainda, mais dependente e mais impotente.

*Olivieri, D. P.*<sup>(4)</sup> (1985) comenta: "A gente costuma admitir e suportar comportamentos e qualidades no "ser doente" que seriam intoleráveis numa pessoa normal. Estes privilégios conferem, às vezes, ao "ser doente" uma sensação íntima de satisfação que reforça a sua autoconsciência e reduz a sua angústia, ou criam um desejo de exploração. Há casos de abuso dessa circunstância, podendo o ser entrar em desespero por não desejar assumir o seu "Eu" normal. A criança, principalmente, tende muito a explorar o carinho da família e o "ser doente" adulto, pende a uma "regressão" voltando a ter muitas vezes um comportamento infantil."

Nesse sentido, *Chiatton, H. B. C.*<sup>(9)</sup> (1993) refere que "o mecanismo de ganho secundário, a nível inconsciente, pode incorporar-se à vida do ser-doente, traduzido pelo aumento da atenção familiar, benefícios no trabalho, privilégios, etc... A compensação obtida através desses benefícios pode ser traduzida pela íntima sensação de satisfação – prazer, a serviço da redução da angústia do ser doente."

*Chiatton, H. B. C.*<sup>(9)</sup> (1993) segue comentando se "o ser doente for impedido de seu desejo profundo de "regressão agradável" justificada pela doença, podem surgir comportamentos agressivos e reivindicações marcadas pela constante insatisfação; queixa-se de tudo, determinando, não raro, agressividade recíproca da equipe de saúde e familiares."

Nota-se, portanto, que existem aspectos tanto positivos quanto negativos na estruturação do mecanismo de Ganho Secundário. Cabe ao psicólogo assistente identificar as formas dessa dinâmica, reforçando as positivas e procurando pontuar as negativas para o paciente, de forma a que esse possa compreender a periculosidade do mecanismo e assim buscar outras formas adaptativas de lidar com a doença.

## PSICODINÂMICA FAMILIAR E DOENÇAS CRÔNICAS

A família representa para a maioria das pessoas um esteio de suma importância tanto no que tange à estruturação de seus vínculos afetivos quanto nos referenciais de apoio e segurança.

A pessoa hospitalizada vive uma série de experiências emocionais importantes, como, por exemplo, a ansiedade, o medo, as fantasias mórbidas e experimenta sentimentos difíceis, como a sensação de desamparo e fragilidade, podendo, muitas vezes, desenvolver comportamentos regressivos.

Essa gama de manifestações psicológicas que assola o paciente o reporta a condições emocionais primitivas e à necessidade de se sentir amparado e protegido, sobretudo por aquelas figuras que historicamente já ocuparam esse papel e que passam a ser solicitadas por este de diversas formas.



A família passa a ter um papel por vezes decisivo no auxílio à adaptação do paciente frente a esse episódio crítico de sua vida, contribuindo inclusive com o próprio trabalho de equipe de saúde, ou, em alguns casos, comprometendo-o.

Todavia, esperar que essa família tenha uma estrutura perfeita e capaz de absorver os reveses que a situação de doença e internação impuseram ao seu componente é desconsiderar a existência de um processo paralelo de crise que se instalou também no núcleo familiar. Para que esse sistema seja compreendido, são importantes algumas considerações sobre os processos de psicodinâmica familiar:

A família é um sistema de relações fechado e interdependente; nesse sentido, pode-se comparar de forma alegórica a uma balança com diversos pratos, cada um com um tamanho e com um peso específico, mas que a posição que cada um desses pratos ocupa ao longo dos braços da balança possibilita a esta um estado de equilíbrio. Tirar um prato de seu lugar, acrescentar ou subtrair um deles implicará num desequilíbrio em relação ao seu estado anterior. Assim, da mesma forma, quando uma família se vê privada de um de seus componentes, privação essa imposta pelos limites que a doença provocou, esta se desequilibra, pois perde (temporária ou definitivamente) um dos seus pontos de referência e sustentação. Essa crise que se instala passa a provocar grande mobilização no sistema familiar, e este, assim como o paciente, tentará buscar formas adaptativas para se reorganizar frente à crise e criar uma situação temporária de reequilíbrio com o objetivo de superar a crise e resgatar o seu *status quo* anterior (vide Figura 2). Portanto, a identidade e integridade do sistema tal qual este foi instituído encontram-se ameaçadas, e essa sensação que pode ser tanto objetiva quanto subjetiva mobiliza os integrantes desta família de forma a gerar comportamentos os mais diversos em relação à pessoa que adoeceu, à equipe de saúde, ao tratamento e a eles próprios.

Podem ser descritos três níveis de reação mais comumente observados:

- O sistema mobiliza-se na intenção de resgatar seu estado anterior.
- O sistema paralisa-se frente ao impacto da crise.
- O sistema identifica benefícios com a crise e se mobiliza para mantê-la.

No primeiro caso (o mais freqüente), o impacto inicial frente ao diagnóstico e internação é gradativamente substituído por uma ação franca no sentido de buscar a recuperação do paciente e reintegrá-lo a seu lugar e papéis no sistema.

A família, tal qual o paciente, pode passar por diversos estados emocionais, como: medo, ansiedade, angústia, mobilização de mecanismos de defesa (negação, racionalização e fantasia são os mais freqüentes), mas nesse caso toda a mobilização é no intuito de superação da crise.

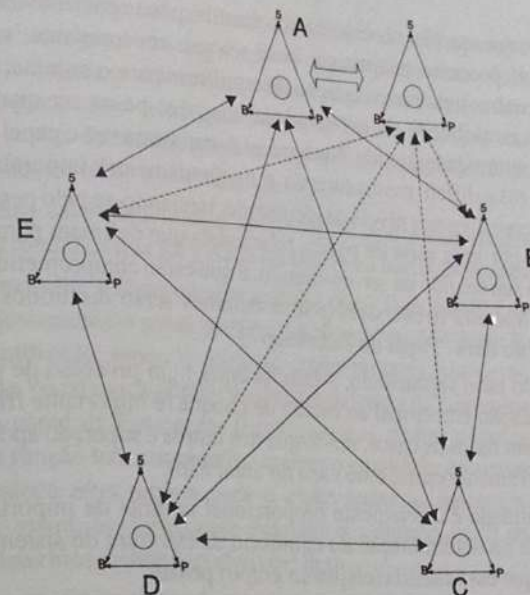


Figura 2

Se as condições de evolução da enfermidade permitem (no caso de doenças agudas) esse intento é muitas vezes alcançado e a família e o paciente voltam a viver no mesmo sistema que existia anteriormente à instalação da crise. A função do psicólogo aqui é auxiliar na atenuação da crise e na busca das respostas adaptativas para o enfrentamento desta.

É ainda possível que o impacto emocional e as angústias que foram suscitadas pela experiência possam gerar questionamentos no sistema e esse vir a buscar uma nova forma de identidade. Nesse caso, a presença do psicólogo é importante à medida que possibilita a adequada elaboração das vivências e facilita a eleição de uma nova identidade sadia (principalmente naqueles casos em que a ameaça de perda levou o sistema a reconsiderar seus vínculos e questionar a estrutura afetiva a que estava submetido).

Quando a pesquisa diagnóstica inicial evolui para a constatação de uma doença crônica, ou a enfermidade impõe ao paciente seqüelas permanentes, o desejo de resgate do *status quo* anterior se perde (o que equivale dizer que a identidade original do sistema se perdeu de forma definitiva), paciente e família tendem, então, a passar por um novo processo de desorganização. A realidade imposta agora é a de que irão precisar buscar uma nova ordem de estrutura de identidade do sistema, onde este terá de se adaptar à existência permanente das limitações



impostas pela doença. Nesses casos, tanto família quanto paciente tendem a passar por um difícil processo adaptativo, nem sempre concomitante, cujo principal desafio é encontrar uma nova equação de equilíbrio para o sistema, que admita e absorva a inexorabilidade da enfermidade, mas que possa ser qualitativamente adequado à continuidade da vida. Nesses casos, mais uma vez o papel do psicólogo no auxílio a essa difícil reestruturação é de fundamental importância, pois se trabalha aqui com diversos níveis de identidade, iniciando-se pelo pessoal (ser-em-si) e passando por uma série de papéis relacionais que definiam para o indivíduo e sua família o seu sentido de ser-no-mundo, e que estão comprometidos, na forma que eram, de maneira irreversível (outros detalhes serão discutidos no decorrer deste trabalho no item "Papel do Psicólogo")\*\*\*\*.

No segundo caso supracitado, a família entra num processo de imobilidade, semelhante à reação emocional ao estado de choque (é importante frisar que esse estágio ocorre em todos os casos, sendo que nos outros é superado após um espaço de tempo relativamente curto, e no caso do atual não).

Essa imobilidade é diretamente proporcional ao grau de importância que o paciente possuía na determinação do equilíbrio da estrutura do sistema e ao grau de maturidade que essa família (enquanto grupo) possui.

Os sentimentos de desamparo, desesperança, medo, ansiedade, ameaça são freqüentemente constatados. A família torna-se um fardo para o paciente, que, tentando poupá-la, pode omitir dados sobre seu estado real a estes e até mesmo à equipe de saúde, com o intuito de obter a alta para voltar a "cuidar" dos seus. Atitudes de rebeldia e refratariedade ao tratamento por parte do paciente podem ser encontradas também nesses casos, não raro acompanhadas de solicitação de alta a pedido. A família, por sua vez, não poupa o paciente dos problemas que ficaram do lado de fora do hospital, é insistente com a equipe de saúde em relação à melhora e alta do paciente, muitas vezes negando-se a ouvir as ponderações desta. Se a equipe se mostra autoritária com esta, a instalação do comportamento de esquiva e evitação é freqüente. A atitude de barganha pode ocorrer, neste caso como uma tentativa de ter o paciente de volta ao lar cumprindo seus papéis. Curas milagrosas, promessas, tratamentos alternativos são os mais freqüentes instrumentos de *barganha*, mas aqui a intenção é diferente daquela descrita por Kubler Ross<sup>(10)</sup>; o objetivo é ter de volta o familiar quase que a qualquer custo, mesmo que esse custo possa até ser a vida do paciente.

Esse padrão de comportamento tende a mobilizar sobremaneira a equipe de saúde, não raro gerando sentimentos de hostilidade em relação à família e atitudes superprotetoras ou igualmente de raiva em relação ao paciente. Obviamente, esses

\*\*\*\* Reportamos o leitor ao capítulo "Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral" no tópico "Exame Psíquico", onde serão discutidas a correlação da Estruturação da Consciência do Eu e da Afetividade e as implicações sobre estas instâncias que uma patologia, sobretudo crônica, pode acarretar à pessoa).

comportamentos não auxiliarão em nada a resolução do caso, ao contrário, podem servir como subterfúgio ao paciente e família para o abandono do tratamento. A atenção do psicólogo a essa intrincada trama relacional é de fundamental importância, pois nestes casos a adequada relação com a doença, sua aceitação, a adaptação às novas demandas que ela impõe são condições básicas para que a equipe possa desenvolver o seu trabalho.

No terceiro caso mencionado comentou-se que a família pode identificar benefícios na mudança que foi gerada no sistema a partir da doença.

Existe um velho adágio popular que diz que "Toda família tem uma ovelha negra", e é justamente o papel de "Ovelha Negra" ou de "Bode Expiatório" que passa a ser utilizado, tendo o paciente como protagonista deste. Nas diversas colocações de Watzlawick et alii<sup>(14)</sup> sobre os sistemas de comunicação humana, é salientado o papel de Emergente Patológico que muitas pessoas são levadas a ocupar. Essa função tem por objetivo manter o equilíbrio do sistema, de tal forma que este desloca e/ou projeta para o eleito todas as patologias das relações, outorgando, assim, ao Emergente Patológico a função de "Lata de Lixo" das mazelas e distúrbios (sobretudo afetivos) deste.

A doença e internação podem ser um fenômeno gerador dessa condição. Por um lado dando à família um "real" Emergente Patológico ou, em outros casos, possibilitando àquele que era o Emergente de até então passar sua função para o paciente, livrando-se, assim, da penosa carga que levava. Em ambas as situações, há um grave problema que é o risco de serem instalados comportamentos de cronificação da doença, neste caso independentemente do caráter realmente crônico que esta possa ter, pois a família estrutura um padrão de relacionamento com a pessoa doente de tal forma que essa só obtém sua atenção se agir e responder enquanto doente. Mesmo após a alta hospitalar e a superação da enfermidade, o padrão instalado mantém-se e o "ex-enfermo" não encontra seu lugar na constelação familiar tal qual era antes da internação, esse só vai poder retornar à família (desde que esta aceite sua presença) se aceitar o novo papel. A sutileza da utilização desse mecanismo (*Double Bind*, *Beatson*)<sup>(15)</sup> somada ao grau de comprometimento estrutural prévio que o sistema possuía tende a impor essa nova ordem sem que haja alternativas para a pessoa.

No caso de uma enfermidade crônica de fato, as dificuldades que o paciente irá encontrar para se adaptar à nova realidade com seus limites e perdas inerentes vai ser acrescida de toda a "conspiração" do sistema, o que pode agravar o estado clínico deste e/ou levá-lo a atitudes autodestrutivas inconscientes.

Esses casos são os de mais difícil lide por parte do psicólogo e equipe de saúde, posto que o mecanismo de Ganho Secundário está presente no inconsciente do sistema familiar, ou seja, é de todos os membros da família e de nenhum ao mesmo



tempo, processo bem característico das chamadas Relações Paradoxais. O caminho clínico mais adequado para abordagem do problema é através do paciente, onde o apoio psicológico e muitas vezes a indicação de acompanhamento psicoterápico após a alta hospitalar (quando é o caso) mostram-se como a única alternativa de manutenção ou resgate da integridade psicológica deste.

As pessoas submetidas a longos períodos de hospitalização (pacientes ortopédicos, pessoas que passaram por tratamento quimioterápico de longa duração, pacientes que tiveram que se ausentar de suas cidades para tratamento e internação de longo prazo, etc.) podem passar por processo semelhante, à medida que a família se vê obrigada a reestruturar sua identidade com a ausência do componente internado. Nesses casos, não existe necessariamente a patologia do sistema, mas uma tentativa de adaptação que deu certo, devido à longa ausência de um dos membros deste, e que irá ser ameaçada com a volta dele. Na verdade, o retorno do paciente a um lar que já se estruturou com a sua ausência irá implicar num novo processo de desorganização para que esse procure, mais uma vez, uma nova forma de convívio. Esse fato é muitas vezes desconsiderado pela equipe encarregada da reabilitação do paciente, o que pode acarretar sérias dificuldades a este inclusive no próprio processo de reabilitação, reintegração sociofamiliar e profissional (quando é o caso). A visão do indivíduo como um todo é fundamental e a questão da temporalidade e historicidade deste fazem parte dessa visão.

Como se pode observar, a família tem um importante papel em todo o processo de relação do paciente enfermo com sua doença, tratamento e hospitalização. Considerá-la como um aliado poderoso na difícil tarefa de acompanhar um paciente crônico é de suma importância para a equipe de saúde. Não se pode esquecer que é essa família que irá conviver com o paciente e sua doença, irá compartilhar com ele das perdas e limitações que ela impõe, lhe dará apoio e conforto nas horas difíceis de enfrentamento da dor e da angústia. Acompanhará até a morte esse ente querido sofrendo e se angustiando também.

A equipe, por sua vez, terá uma relação diferenciada daquelas que normalmente temos com o paciente agudo hospitalizado, sobretudo aquela que irá acompanhar o paciente no ambulatório, pois nossos vínculos com a pessoa enferma, sua família e sua história não se limitarão aos poucos dias de internação. Não raro anos de convívio nos unirão numa luta comum, o que acaba por nos tornar também pessoas íntimas dessa família, de certa forma parte dela, e esse papel não é de forma alguma inadequado (desde que conhecidos os limites de nossas possibilidades), ao contrário, tanto para família quanto para paciente, poder ver na figura do médico, da enfermeira, do psicólogo, da assistente social, do fisioterapeuta, etc. a imagem de um amigo, de alguém que se preocupa e que zela por ele

é um conforto a mais nessa saga de enfrentamento da doença crônica e muitas vezes desse lento e doloroso processo de morrer.

## EQUIPE INTERDISCIPLINAR

A equipe interdisciplinar engloba: médicos, residentes, acadêmicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais que devem atuar junto aos pacientes e familiares.

Com o avanço dos conhecimentos na área das Ciências da Saúde, particularmente nesse último século, o aparecimento de diversas especialidades profissionais na área e de inúmeras subespecialidades tornou-se imperativo. Hoje em dia é impossível para um único profissional englobar todos os conhecimentos produzidos em sua área de atuação, o que impôs aos especialistas dedicarem-se cada vez mais no aprofundamento de seus conhecimentos específicos.

Se esse fenômeno por um lado trouxe inegáveis avanços para as Ciências da Saúde, por outro trouxe um problema importante que tem sido atualmente objeto de inúmeras discussões por parte dos profissionais preocupados com o bem-estar de seus pacientes, que é o fato de essa prática gerar uma leitura dicotomizada da pessoa enferma.

Nesse sentido, a relação entre os profissionais de saúde e seus pacientes sofreu graves conseqüências devido à instalação do que se poderia chamar de "Negação da Pessoa Enferma", ou seja, cada vez mais se cria um relacionamento com *doenças* e não com *pessoas*. Esse tipo de problema é denunciado na própria rotina hospitalar, onde não se fala do João ou da Maria que estão internados neste ou naquele quarto, mas se fala do "202 A" ou do "Renal do 35" ou, ainda, da "Histrectomia do quarto andar".

Esse subproduto da hiperespecialização começa a gerar preocupações nos profissionais que identificam o problema da despersonalização (vide cap. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral) como um agravante para o próprio estado clínico do paciente.

Como forma de buscar uma atenuação deste problema, sem no entanto negar a necessidade da especialização, é que tem tomado forma a proposta de atuação interdisciplinar.

A idéia que essa proposta carrega é a soma dos diversos conhecimentos que a equipe, em seus diversos saberes, possui, para que se possa ter uma visão integral da pessoa enferma. É bem verdade que essa proposta aqui no Brasil ainda carece de amadurecimento, mas o investimento na estruturação de serviços com enfoque interdisciplinar e de introdução do tema nos currículos de formação nas diversas áreas das Ciências da Saúde já está em andamento.



É inegável que a boa relação equipe-paciente-família traz benefícios para todas as partes. Por um lado, há fluxo melhor do trabalho da equipe com a ajuda, aderência e participação positiva do paciente e sua família. Por outro, a sensação de acolhimento, confiança, segurança manifestam-se na família e no paciente melhorando, desta forma, a sua relação com o processo de doença, hospitalização e tratamento, ou seja, ganham todos os lados.

Parece estranho falar-se de um tema que aparentemente parece tão óbvio, mas na prática ainda se tem um longo processo de amadurecimento dos profissionais para que essa "obviedade" possa efetivamente ser posta em prática. Ainda identificam-se melindres, dificuldades de interação, disputas de poder (objetivas ou subliminares), falta de conhecimento por parte dos profissionais sobre a ajuda que as demais especialidades possam dar à equipe, uma formação que gera sentimentos onipotentes e, por consequência, centralizadores ou individualistas. Esses entraves que dizem respeito à relação Equipe-Equipe acabam por influenciar as relações Equipe-Paciente e Equipe-Família.

Tem-se, portanto, nesse aspecto um grande desafio pela frente ...

Reportando ao tema alvo desse capítulo, ver-se-á que a questão da abordagem integral do paciente portador de doença crônica por parte da equipe é especialmente importante, na medida em que a relação que vai se estruturar entre a pessoa e sua enfermidade tem caráter permanente e que a aceitação da doença com suas características e limitações, por mais difíceis que sejam, é de fundamental importância para que se possa dar à pessoa condições de qualidade de vida e até mesmo de sobrevivência. Essa afirmação vale tanto para o paciente e família quanto para a equipe, pois esta última em particular também necessitará trabalhar suas características de identidade profissional para lidar com o doente crônico, à medida que na própria formação somos estimulados a idealizar a cura e, com isso, interpretar qualquer coisa que não seja esta como fracasso profissional.

Por outro lado, uma doença crônica implica em um contato contínuo com a equipe de saúde, o que passa a criar condições de vinculação entre as partes bastante especiais e diferentes daquelas observadas nas enfermarias, onde o paciente passa um breve período de tempo internado para depois da alta voltar à sua vida normal, e talvez nunca mais encontrar os profissionais que cuidaram dele novamente. Essa condição especial de vínculo, salientada acima, significa que viremos a conviver com esse paciente num grau de profundidade intenso, e que passaremos a fazer parte de sua vida, conhecendo mais a pessoa, sua família, sua história, seu cotidiano, vivenciando junto com ela as perdas e conquistas no seu enfrentamento da enfermidade. O distanciamento do paciente, como mecanismo de defesa, fica mais difícil, obrigando os componentes da equipe a se aproximarem mais da pessoa.

Esse vínculo, quando bem trabalhado, é de grande valia para todas as partes, pois tanto paciente, família quanto equipe possuem um objetivo em comum: dar

à pessoa enferma as melhores condições possíveis de vida. Não podemos, portanto, nos furtar a essa relação, devemos sim utilizá-la da melhor forma possível considerando que ela é um dos instrumentos mais poderosos que temos para tratar o paciente.

A melhor maneira de um paciente cooperar com a equipe de saúde depende da forma e do grau de respeito e confiabilidade que a mesma demonstra em relação ao paciente. Se o médico, por exemplo, mostrar que valoriza o que o paciente tem a dizer, este também sentirá que a sua informação é importante e se tornará motivado para falar sobre sua situação e os seus antecedentes. Desta maneira, estabelecerá com o médico, como também com a equipe de saúde em geral, um vínculo de confiança com o qual pode se sentir respeitado como pessoa – um ser doente.

No decorrer do tratamento, o paciente vê no médico um representante de uma figura de autoridade, mantendo com isso certa dependência, esperando que os médicos ou equipe de saúde resolvam os seus problemas, como também procura corresponder às expectativas dos mesmos observando as condutas e fazendo-lhes perguntas sobre diversos assuntos a fim de saber como deveria se comportar ou dizer a respeito de si mesmo. Inúmeras vezes, dada a fragilidade egóica que o paciente apresenta, a equipe literalmente "empresta" ao paciente auto-estima e confiança para que este se sinta capaz de enfrentar o caminho difícil do tratamento. No entanto, deve a equipe acautelar-se para não se tornar paternalista e com isso, ao invés de auxiliar o paciente, potencializar os sentimentos de dependência e impotência deste.

Existe o paciente que nada questiona e de nada se queixa à equipe, por receio de incomodar, com medo de decepcioná-los, de não corresponder às suas expectativas, de fracassar e assim frustrar aqueles que estão tentando fazer com que melhore. O paciente que se comporta assim mitificou a imagem do profissional de saúde, e nesse processo distanciou-se deste. Essa atitude é perniciosa tanto para o paciente quanto para a equipe, à medida que pode inviabilizar o tratamento, ou mesmo complicar a conduta da equipe, pois esta não conta com informações fidedignas por parte do paciente. É importante ressaltar também que em muitos casos a equipe pode reforçar essa mitificação através de sua postura, criando, assim, um distanciamento maior ainda do paciente. Estimular, como salientado acima, o paciente a dialogar, colocar-se e participar de seu tratamento nunca são atitudes vãs, mesmo que por um período o paciente se mostre apático ou mesmo preso à necessidade de "agradar" a equipe.

Também é possível que um paciente, devido à regressão causada pela doença, sinta-se desamparado e dependente da equipe, pois este "enxerga" o profissional de saúde como uma pessoa que se preocupa com sua recuperação e bem-estar de



forma distorcida, o que significa dizer que esse paciente terá uma postura passiva e resignada em relação às colocações do médico e equipe, mas que será muito pouco participativo em seu processo de tratamento. Esse tipo de postura carrega uma armadilha importante de ser detectada pela equipe, pois a aparente aceitação "incondicional" por parte do paciente em relação às colocações da equipe pode dar a falsa impressão de uma boa aderência ao tratamento, mas, na verdade, a dependência e o sentimento de desamparo imobilizam o paciente, impossibilitando-o de pôr em prática as orientações da equipe quando está longe dela.

Pode-se afirmar que 40% da eficácia de qualquer acompanhamento a pessoas portadoras de doenças crônicas repousa na boa relação Equipe-Paciente-Família, e que essa relação depende integralmente da adequada organização da identidade da equipe e perfeita sintonia e respeito entre os seus componentes.

Detectar as dificuldades que a família e o paciente estão enfrentando para conviver com a doença, ter cuidado na leitura dos comportamentos emitidos por estes (às vezes projetivamente hostis em relação à equipe), acautelar-se para não agir contratransferencialmente, checar se as informações e orientações dadas foram efetivamente compreendidas, preocupar-se em falar uma "língua" que o paciente entenda (adaptar-se à realidade do paciente e não esperar que ele se adeque à da equipe) são algumas normas importantes de serem lembradas constantemente. Sabe-se que a rotina e a prolongada duração de um acompanhamento pode trazer desgastes e vícios comportamentais ao vínculo, e estes representam um sério risco para a boa evolução deste.

O psicólogo tem, nesse sentido, a responsabilidade de também zelar pela manutenção da higidez da identidade da equipe, detectar os focos de conflitos, facilitar a comunicação e interação e criar um espaço de reflexão sobre as diversas relações que gravitam em torno do sistema relacional "equipe de saúde", pois é a partir deste que todas as demais relações podem se viabilizar ou se comprometerem.

## PSICÓLOGO HOSPITALAR

O Psicólogo Hospitalar que trabalha com o paciente portador de doença crônica atuará junto ao Ser Doente no sentido de resgatar sua essência de vida que foi interrompida pela ocorrência do fenômeno doença. Além disso, ele se baseia numa visão humanística com especial atenção aos pacientes e familiares. A psicologia hospitalar considera o ser humano em sua globalidade e integridade, única em suas condições pessoais, com seus direitos humanamente definidos e respeitados.

Com o passar dos tempos, os hospitais passaram a considerar o trabalho do psicólogo em enfermarias, ambulatórios e unidades de atendimento, em nível de

apoio individual ou em grupos, baseado no aqui e agora, no momento vivido pelo paciente, objetivando um atendimento humanizado e global ao doente.

Deste modo, o psicólogo na instituição procura ser o intermediário psicológico, buscando atingir a compreensão das relações entre profissionais, entre profissionais/pacientes e profissionais/família, pois muitas vezes a angústia ou a depressão do doente refere-se à destruição do corpo, sofrimento, invalidez, medo à internação, constituindo, então, dificuldades na relação médico/paciente. Não se deve esquecer que tal atitude tem como referencial a história de vida do paciente.

O Psicólogo Hospitalar junto ao paciente portador de doença crônica procurará estudar e compreender o indivíduo enquanto um ser que adocece, situação esta permeada de sofrimento físico e psicológico, ser portador de doença crônica gera sérios problemas, conflitos, angústia em nível existencial, tanto para o paciente como também para seus familiares. O paciente portador de doença crônica necessita de cuidados especiais, permanentes durante toda sua vida, sujeitos, muitas vezes, a tratamentos rigorosos e de custos elevados. Dependendo do tipo de tratamento ao qual o doente está sendo submetido, solicitará uma adaptação aos procedimentos e contatos com a equipe de saúde, modificando toda uma estrutura de vida pessoal e familiar já existente.

Assim, reveste-se de grande importância que as instituições hospitalares possam contar com profissionais habilitados, capacitados e aptos a lidar e considerar o Ser Doente dentro de suas limitações físicas, psíquicas e/ou sociais, visando uma reabilitação do paciente dentro desta nova condição de ser, buscando, na medida do possível, uma vida próxima ao normal.

Sendo assim, o Psicólogo Hospitalar considera o indivíduo doente como uma pessoa em uma situação peculiar, com uma vivência singular. Deste modo, o tratamento ao Ser Doente, seja clínico, nutricional, social e emocional, deve ser obrigatoriamente pessoal e empático, pois o paciente é um ser que em sua facticidade está doente. Logo, é impossível desconsiderar o que surge na consciência de um doente e também de seus familiares, a partir do aparecimento de uma doença.

O Psicólogo Hospitalar procurará nesse sentido investigar a vivência do doente, identificando o que se passa na consciência deste a partir do momento em que vivencia uma doença, através de uma relação envolvente, empática e flexível, visando um encontro real e se afastando a questão impessoal que permeia o atendimento clínico tradicional.

A assistência psicológica dentro do hospital busca o alívio emocional do paciente e de sua família, sendo que muitas vezes a ajuda a ser prestada implica numa mobilização de forças, em que a angústia e a ansiedade estão presentes, pois este Ser Doente encontra-se num momento não escolhido de sua vida.



No hospital o psicólogo atua, quase sempre, também em situações de crises e emergências, considerando que a pessoa hospitalizada passa por novas situações de adaptação e mudança no seu dia-a-dia quando se instalam muitas vezes regressões emocionais, negação da realidade, dependência, impotência, sentimentos esses que advêm da própria rotina de hospitalização do indivíduo. O psicólogo tem por função entender e compreender o que está envolvido na queixa, no sintoma e na patologia, para ter uma visão ampla do que está se passando com o paciente, para que possa auxiliá-lo no enfrentamento desse difícil processo, bem como dar à família e equipe de saúde subsídios para uma compreensão melhor do *momentum* de vida da pessoa enferma.

Como profissional de saúde, o psicólogo tem, portanto, que observar e ouvir com paciência as palavras e silêncios, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase de sua doença, buscando superar os momentos de crise.

Deste modo, é extremamente importante sentir o problema do paciente de forma empática para que ele "compreenda" a sua facticidade e até a sua finitude.

O atendimento psicológico tem ainda como finalidade vivenciar junto ao paciente portador de uma doença crônica seus conflitos e problemas, sua nova condição de ser, numa tentativa de interpretar a questão pessoal que tem o outro, escutando suas experiências, despojando-se dos condicionamentos e predisposições inerentes da condição humana.

Corroborando com estas colocações, *Olivieri, D. P.<sup>(4)</sup> (1985)* cita que "para tanto, observar o comportamento do doente e colher os dados da conversa de sorte que alguns pontos básicos sobre o que o doente pensa, enquanto doente, naquele exato momento em que vivencia a doença, fiquem bem entendidos, uma visão através de seus próprios olhos. Muitos aspectos devem ser esclarecidos pelos 'logos' do doente, pelo seu discurso esclarecedor e outros tantos, muito importantes também pelo seu comportamento variado – como se sentem após a doença, o que acha que ela acarretou, que experiência lhe traz, como se olha como doente, o que mais deseja, que encontra de alterado em sua vida, como encara o futuro, como percebe a sua liberdade; são alguns dos aspectos importantes a conseguir no meio de muitos outros necessários à interpretação das vivências do doente e desvelamento do ser doente."

*Oliveiri, D. P.<sup>(4)</sup> (1985)* segue comentando que "é importante, então, cuidar de aprofundar o significado da experiência humana e procurar interpretar o "tempo vivido" pelo doente. Corresponde a uma tentativa de apreender as vivências mais expressivas, passando do que o sujeito falou para o que realmente pretende dizer, isto é, ao que ele tem na consciência. Situar-se em "suspensão" para o "ver

fenomenológico" e assim chegar a uma reflexão, de tal forma que o "fenômeno" (o que está na consciência do doente) se apresente." Logo, nunca se poderá entender um coração doente isoladamente, pois assim como o coração não é sadio sem o resto do ser, ele igualmente não o é doente sem este.

Assim, ao procurar entender o homem em sua condição de ser ou estar doente, é necessário ter-se uma visão ampla deste, precisando estar atento quanto às vontades e necessidades do paciente, dando-lhe oportunidade de falar se é que ele precisa, ou deixando-o calar, caso necessite e assim quer que seja.

*Perestrello, D. P. (1989)* coloca que "o fundo sobre o qual se movem médicos e pacientes é a medicina e não há sem *charitas*". Esta palavra que vem nas traduções bíblicas como "caridade", na verdade não significa apenas isso. Sua verdadeira tradução é amor. Sem isso não há medicina e quem tiver o privilégio de poder amar, porque nem todos o sabem ou conseguem, terá a condição básica para, configurar uma totalidade fadada ao sucesso, dentro dos limites da realidade e do humano.

A questão está em se poder amar. Nesse ponto – *hélas!* – muitos são os chamados, poucos são os eleitos..."

Gostaríamos de terminar esse capítulo frisando que todo o trabalho que o psicólogo pode desenvolver num hospital, junto ao paciente, equipe e família depende também da boa estruturação pessoal desse profissional. Ele, talvez mais do que os outros membros da equipe de saúde, é o depositário de uma enorme gama de sentimentos pesados, como o desespero, a angústia, o medo, as ansiedades, as frustrações, a impotência, etc. Tendo que administrar e conviver com eles em seu cotidiano de trabalho, o que nos leva a chamar a atenção para a importante preocupação de não nos descuidarmos daquele que cuida, pois somente com uma estrutura pessoal bem resolvida, com um espaço pessoal para também refletirmos sobre nossas dificuldades e angústias é que poderemos realizar um trabalho digno e adequado.

### Agradecimentos

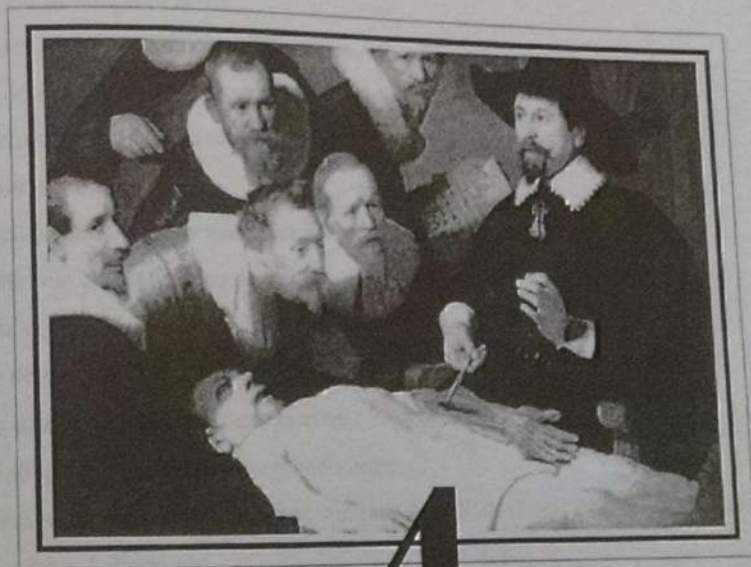
Gostaríamos de agradecer à Psicóloga Hospitalar e grande amiga Ivana Carvalho de Barros Machado, colega de muitas lutas, que contribuiu de maneira decisiva para a viabilização deste capítulo, tendo sido uma das autoras do texto original que deu base para a realização deste.



### Referências Bibliográficas

- 1 ZOZAYA, J. L. G. – "El Médico Y El Paciente En El Contexto De La Enfermedad Crónica" Revista Centro Policlínico Valência, 3(1): 117-19, Ene-Jun, 1985.
- 2 SCHNEIDER, P. B. – "A Psicologia do Doente Crônico", Revista Internacional, pp. 16 – 27, 1976.
- 3 PERESTRELLO, D. – "A Medicina da Pessoa". Ed. Livraria Atheneu, 4ª Edição, RJ e SP, 1989.
- 4 OLIVIERI, D.P. – "O Ser Doente – Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde". Ed. Moraes, SP, 1985.
- 5 LIMA, A. M. C. et ali – "Insuficiência Renal Crônica – A Trajetória de uma Prática" in "A Prática da Psicologia nos Hospitais"; org. ROMANO, B. W., Ed. Pioneira, SP, 1994.
- 6 TAHKA, V. – "O Relacionamento Médico/Paciente". Ed. Artes Médicas, 1988.
- 7 CAMPOS, T.C.P. – "O Psicólogo em Hospitais – Aspectos de sua Atuação em Hospital Geral". Tese de doutorado, PUC, SP, 1988.
- 8 KIERKEGAARD, S. – "O Desespero Humano". Ed. Livraria Tavares Martins, Porto Alegre, 1979.
- 9 CHIATTONE, H. B. C. – "Aspectos Psicodinâmicos em Diabetes" – Conferência Apresentada no Simpósio de Psiquiatria e Psicologia no Hospital Geral. Organizado pelo Serviço de Interconsulta do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, 1993 (enviado para publicação).
- 10 ROSS, E.K. – "Sobre a Morte e o Morrer". Ed. Martins Fontes, 3ª Edição, SP, 1989.
- 11 BOSS, M. – "Angústia, Culpa e Libertação: Ensaio de Psicanálise Existencial". Ed. Livraria Duas Cidades, 3ª Edição, SP, 1981.
- 12 MARTINS, J. – "Apresentação" in "O Ser Doente – Dimensão Humana na Formação do Profissional de Saúde". Ed. Moraes, SP, 1985.
- 13 SEBASTIANI, R.W. e CHIATTONE, H.B.C. – "Curso de Introdução em Psicologia Hospitalar". NÊMÉTON, SP, 1991.
- 14 WATZLAWICK, P. et ali – "Pragmática da Comunicação Humana". Ed. Cultrix, 9ª Edição, SP, 1993.
- 15 BEATSON G. e JACKSON D.D. – "Some Varieties of Pathogenic Organization", in RIOCH D.M. (org) "Disorders of Communication", vol. 42, Assoc. for Research in Nervous and Mental Disease, USA, 1964.

## CAPÍTULO



# 4





# O IMAGINÁRIO E O ADOECER. UM ESBOÇO DE PEQUENAS GRANDES DÚVIDAS

Valdemar Augusto Angerami – Camon

*Este trabalho é dedicado  
à Georgia Sibeles Silva*

## INTRODUÇÃO

*Eu agia como um boto que salta na superfície  
da água só deixando um vestígio provisório  
de espuma e que deixa que acreditem, faz  
acreditar, efetivamente que lá embaixo, onde  
não é percebido ou controlado por ninguém,  
segue uma trajetória profunda, coerente e refletida.*

*Michel Foucault*

A idéia desse trabalho surgiu de uma reflexão sistematizada das implicações do imaginário no processo de hospitalização e da maneira como muitas vezes a



hospitalização é agravada muito mais por conceituações apriorísticas do que propriamente por si mesma. Assim, muito mais do que buscar na patologia que determinou a hospitalização a decorrência do sofrimento vivido pelo paciente estaremos direcionando nossa análise para fatores subjetivos que estão a determinar a própria conceituação de enfermidade e, por assim dizer, do nível desse sofrimento.

É um trabalho que busca muito mais lançar sementes para novas formas de reflexão do que propriamente a busca de aspectos conclusivos de seu arcabouço. É uma tentativa de levantar aspectos que possam instrumentalizar ainda mais o psicólogo em trajetória hospitalar e também contribuir para o aprofundamento das buscas que envolvem a compreensão do surgimento de determinadas intercorrências surgidas no seio hospitalar.

## EM BUSCA DE UMA CONFIGURAÇÃO DO REAL

*Amanheci com desejo.*

*Há dias estou grávida.*

*Desejo estar perto de ti.*

*No entanto estou grávida da tua presença.*

*Georgia Sibebe Silva*

Ao debruçar sobre a temática da configuração do imaginário no processo de hospitalização deparamo-nos inicialmente com a questão que estabelece os limites do imaginário com a realidade. Esta questão, muito mais do que simplesmente estabelecer parâmetros do início e limitação entre o real e o imaginário, configura a necessidade de uma compreensão do próprio sentido dessa busca. *Ferreira*<sup>(1)</sup> coloca que a crise põe em perigo o equilíbrio habitual ou a harmonia existencial de um sujeito, porque traz com ela uma revelação brutal: a precariedade de um *status* anterior<sup>(2)</sup>. A dimensão do real estaria, assim, sendo balizada pelo confronto de uma determinada situação com realidade anterior vivida pelo paciente. É como se este tivesse no adoecer um confronto intermitente entre o que havia concebido

para a sua vida anteriormente e a realidade que lhe é apresentada em termos de concretude existencial. É um confronto entre aquilo que experencia em termos de sofrimento e a idealização sobre sua condição de plenitude existencial, adoecer.

A perda de controle do paciente sobre o seu organismo é determinante de como irá se processar a própria conceituação de si mesmo sobre o adoecer. *Ferreira*<sup>(3)</sup>, nesse sentido, coloca que a impossibilidade de se saber tudo, da completude, do controle aparece quando o acaso abre uma brecha onde o real, ou um fragmento dele se faz presente numa colisão com o impossível<sup>(4)</sup>. O processo de adoecer na quase totalidade dos casos traz em seu bojo uma configuração de total falta de sentido para o próprio significado existencial do paciente. É como se tudo que fosse preconcebido anteriormente desmoronasse e perdesse a configuração com o real pela possibilidade do adoecer e das implicações de sua ocorrência.

*Merleau-Ponty*<sup>(5)</sup> mostra, de outra parte, que o mundo é o que percebo, mas sua proximidade absoluta, desde que examinada e expressa, transforma-se também inexplicavelmente em distância irremediável<sup>(6)</sup>. Tal distância é, na verdade, o confronto entre a concepção dos fatos no imaginário e o seu desvelamento com a realidade, onde a proximidade conceitual será mera tangência circunstancial entre os pontos de proximidade. Nesse sentido, *Merleau-Ponty*<sup>(7)</sup> coloca ainda que o meu corpo, como encenador da minha percepção, já destruiu a ilusão de uma coincidência de minha percepção com as próprias coisas. Entre elas e eu há, doravante, poderes ocultos, toda essa vegetação de fantasmas possíveis que ele só consegue dominar no ato frágil do olhar<sup>(8)</sup>. Dessa maneira, os fatos revelam que a minha realidade perceptiva esbarra na própria vivência das coisas. Essa totalidade irá se mostrar de modo ainda mais agudo num processo de hospitalização, onde a realidade do surgimento de uma determinada patologia por si só estabelece novos parâmetros à realidade existencial do paciente.

Moura<sup>(9)</sup> irá afirmar que o paciente traz, com a sua doença, a sua história. A gravidade do quadro clínico, a incerteza do diagnóstico e a imprevisibilidade da evolução do tratamento de encontro à estrutura psíquica de cada paciente e de seus familiares vão atualizar peculiarmente no hospital a vivência de "extremo desamparo" que é o destino humano<sup>(10)</sup>. A fragilidade da condição humana diante de um processo de hospitalização resplande diante da própria conceituação que o paciente possa fazer de si mesmo em termos de realidade existencial. É como se a hospitalização trouxesse em seu bojo a condição de levar cada paciente a um processo de revisão da própria vida enfeixando aí além de valores existenciais aqueles outros que implicam em posses materiais. É como se de nada adiantasse uma vivência anterior quando do surgimento de uma determinada patologia e de



sua hospitalização decorrente. Moura<sup>(11)</sup> coloca ainda que quando o paciente é internado num hospital, o que se torna emergente e urgente são suas necessidades que precisam ser atendidas – necessidades biológicas, orgânicas. No entanto, as necessidades do homem pelo fato de ele ser falante, sabemos transformá-las em demanda dirigida ao Outro. A demanda não se coloca no mesmo nível da necessidade, já que esta é vital para a sua sobrevivência, visando a um objeto específico e se satisfazendo com ele, e aquele é formulado e dirigido a um outro, sendo sempre demanda de amor<sup>(12)</sup>. De outra parte, o hospital, além da própria configuração que o imaginário possa estabelecer, é por si mesmo um conjunto de contradições que envolvem até mesmo outras inúmeras contradições. Ribeiro<sup>(13)</sup>, refletindo sobre a evolução do hospital e sua inserção no mundo contemporâneo, define o hospital como sendo uma oficina, e o médico seu principal mecânico. Cumpre a ele fazer com que a máquina-homem retorne o mais depressa possível à circulação como mercadoria ambulante. Interessa consertá-la, mas, mais ainda, evitar que se quebre. Ela tem que ter, como qualquer máquina, um tempo útil, durante o qual produza mais e melhor; todavia, há outros homens-máquinas sendo produzidos e que precisam ser consumidos e é bom, por isso, que ela se vá assim aos poucos. Nesse processo contínuo de consertos que o hospital realiza, consomem-se, também, outras coisas que fazem girar e reproduzir o dinheiro: medicamentos, material e equipamentos médico-hospitalares e outras tantas que o fazem uma instituição complexa<sup>(14)</sup>. Essa descrição de Ribeiro, embora trazendo uma metáfora bastante coisificada, tem a capacidade de mostrar de maneira nua e crua a verdadeira realidade hospitalar, bem como os seus propósitos essenciais que, na maioria das vezes, não são, sequer, esboçados quando seus objetivos são dimensionados.

Por outro lado, se as pessoas tornam-se pacientes passíveis de uma determinada hospitalização e mesmo não tendo essa precisão teórica de Ribeiro, ainda assim têm no hospital uma configuração institucional que exige minimamente um distanciamento tangível não apenas no esboço criado pelo imaginário, mas também pelo confronto das inúmeras ocorrências surgidas e delimitadas na própria realidade. Assim, por exemplo, não há como aliviar um determinado paciente sobre o temor de que possa adquirir alguma infecção hospitalar por ocasião da necessidade de um internamento para a realização de uma simples cirurgia: por mais convincentes que possam ser os argumentos sobre as condições de assepsia de uma determinada instituição e até mesmo de possíveis medidas preventivas existentes, haverá por outros lados tantos casos que podem ser arrolados para fazer contrapontos que os argumentos por mais convincentes que possam ser se tornam completamente inócuos. E isso sem contar com aqueles casos onde, a partir de uma determinada hospitalização oriunda de diagnósticos realizados anteriormente, constata-se o surgimento de outros problemas, cuja ocorrência deriva diretamente de efeitos colaterais não apenas do tratamento como também até desses diagnósticos.

O paciente é uma pessoa que perde sua condição de agente para se tornar meramente passivo num processo de total cerceamento de suas aspirações existenciais. E como fator agravante de conceituações originadas no imaginário, tem-se ainda o fato que vivemos numa sociedade onde o pragmatismo é condição de balisamento para se conceituar uma pessoa como tendo ou não condições de convívio social. Por mais que se busquem alternativas para tais evidências, o que ocorre nessa seara é o paciente, sua doença e sua família serem enfeixados numa condição de total dependência a tais fatores e com um agravante cada vez mais cruel: o total distanciamento daquilo que o próprio paciente muitas vezes preconiza como ideal para a sua vida. Sofre em situações efetivas o confronto de conceitos erigidos no imaginário com dados transformados pela realidade em algo disforme e sem sentido para a sua vida.

Merleau-Ponty<sup>(15)</sup> afirma que quando me pergunto o que é o algo, ou o mundo, ou a coisa material, não sou ainda o puro expectador que, pelo ato de *ideação*, viro a ser; sou um campo de experiências onde se desenham somente a família das coisas materiais e outras famílias, e o mundo como seu estilo comum; a família das coisas ditas e o mundo da palavra como seu estilo comum, enfim, o estilo abstrato é desencarnado do algo em geral<sup>(16)</sup>. É dizer que se vive uma dada realidade que se transforma primeiramente em um campo perceptivo para se justapor em nova conceituação diante do real que se apresenta e se modifica em diversos níveis e formas. Esse processo de transformação é ainda determinante de conceituações que incidem sobre certas ocorrências, transformando-as em espectros assombrosos da condição humana pela configuração determinada em princípio pelos aspectos perceptivos que se originaram no imaginário. Dessa forma, por exemplo, um diagnóstico de câncer traz sobre si aspectos que transcendem a própria patologia, criando sobre sua ocorrência fatores mitificados que acabam se tornando realidade pela configuração que é dada a seus aspectos circunstanciais: o câncer torna-se muito mais terrível pela configuração de sua abrangência tecida amiúde nas construções do imaginário.

Sartre<sup>(17)</sup>, por outro lado, diz que a relação com o outro é um fato sem o qual eu não seria eu mesmo e ele não seria o outro; o outro existe de fato e só existe para mim como fato<sup>(18)</sup>. A doença, mesmo existindo como fato, adquire a condição de fato pela maneira como é apreendida pela consciência; ela adquire formas pela realidade dos sintomas que determinadas patologias apresentam, mas é apenas como fato na percepção que adquirem a condição de espectros que assolam a condição humana; é na consciência que determinados diagnósticos ganham significado de irreversibilidade de sua transformação em aspectos que envolvam até mesmo a cura.



Merleau-Ponty<sup>(19)</sup>, por outro lado, ensina que quando penso, as idéias animam a minha palavra interior, obsediam-na como a "pequena frase" possui o violinista, e permanecem além das palavras como a "pequena frase" além das notas, mas porque resplandecem debaixo de outro sol oculto para nós, não porque as idéias são este afastamento, esta diferenciação nunca acabada, abertura sempre a refazer entre signo e signo, como a carne, dizíamos nós, é a descência do vidente em visível e do visível em vidente<sup>(20)</sup>. É dizer numa transposição para aspectos que envolvam a ocorrência de determinada patologia que ao se dar conceito a suas manifestações, estar-se-á enfeixando outros aspectos que não apenas transcendem essa ocorrência, mas também determina-lhe nova configuração. É o caso de muitas pessoas que possuem soropositividade, não apresentando nenhuma sintomatologia e que, entretanto, após saberem dessa condição em decorrência de algum exame casual e rotineiro, entram num estado de pânico total e não só passam a apresentar sintomas decorrentes da descoberta, como perecem num período curto de tempo, assim como também até mesmo ocorrência de outras doenças que embora não sendo letais trazem o espectro da morte pelo estigma de que são revestidos. Pode-se citar, por exemplo, a hanseníase, que, apesar de todo o avanço da medicina, ainda tem em sua ocorrência toda uma estigmatização que envolve a morte e o ato de morrer. Outras doenças também que noutros períodos da história da humanidade se apresentavam como letais, ainda hoje quando de sua ocorrência sempre trazem sofrimentos provocados pela conceituação criada no imaginário.

Dessa maneira, não se pode esperar que as pessoas não entrem numa total turbulência emocional diante de diagnóstico de tuberculose, sífilis, hepatites, etc. E por mais real e notório que sejam os avanços da medicina e dos recursos medicamentosos, o simples diagnóstico de doenças que sabidamente ceifavam inúmeras vidas noutros períodos da história, o imaginário transforma esse paciente num simples refém do destino abandonado à própria sorte diante de uma "doença letal". Ainda que se argumente sobre os números de cura, restabelecimento e até mesmo da total ausência de seqüelas diante de tratamento bem conduzido, a realidade não tem como enfrentar a criação fantasiosa do imaginário que não apenas despreza os dados reais, como muitas vezes cria situações sequer tangíveis pela razão.

Esse aspecto mostra inclusive a grande dificuldade médica no enfrentamento de determinados tratamentos clínicos e até mesmo cirúrgicos. Trabalha-se com situações levantadas pelo diagnóstico e por um possível prognóstico estabelecido a partir de uma estratégia de tratamento, incluindo-se aí todos os percursos de recuperação do paciente, mas se despreza a conceituação criada e estigmatizada a partir do surgimento da doença. Este será o determinante de que muitas vezes o tratamento apresentará um êxito ou fracasso de acordo com a performance criada pelo paciente em seu imaginário e não pelo tratamento em si.

Ainda que se esteja tartamudeando aspectos meramente tangenciais de determinadas ocorrências, ainda assim é pertinente afirmar que o próprio agravamento de determinados processos de hospitalização se processa mais no imaginário do paciente do que meramente no processo hospitalar. As condições emocionais é que determinarão uma parcela bastante significativa no processo de recuperação do paciente, não apenas no seu ímpeto de recuperação do processo de hospitalização em si, mas, principalmente, pela maneira como a doença foi configurada e sedimentada em seu imaginário. Isso tudo em que se pese, como mostra Ribeiro<sup>(21)</sup>, as características específicas do hospital que emerge neste século ainda um lugar de internação de pobres, embora todos reconhecidamente doentes e carecendo de cuidados médicos. Pessoas ricas e remediadas passaram a usá-lo somente após a sensível queda da mortalidade por infecção intra-hospitalar à medida que alojamentos diferenciados vieram a ser instalados<sup>(22)</sup>.

Sob esse prisma, a hospitalização por si não deveria provocar nenhuma preocupação no paciente a ser hospitalizado; a desestabilização emocional ocorre mais em situações concebidas aprioristicamente do que pela hospitalização em si; a doença adquire contornos que não são compatíveis com a evolução da instituição hospitalar.

Ribeiro<sup>(23)</sup> esclarece ainda que alguns aspectos mágicos e sacerdotais remanescem nesse hospital. Afinal, lidar com limiares tão críticos, como a vida e a morte, suscita expectativas desconhecidas; ademais, a medicina adquiriu uma eficácia inimaginável. Ela pode agora coibir a dor, o sofrimento e a morte por meio do saber e da experiência de suas equipes de tecnólogos (não mais da ação individual do médico) que se escondem, quase anônimos, atrás de máquinas e máscaras e do hospital. Há uma contabilidade hospitalar precisa e automatizada de tudo, com números de internações, altas, dias de permanência e taxas de morbidade e mortalidade. Planejam-se investimentos e se medem custos<sup>(24)</sup>.

Esse cenário que ilustra de modo particularmente brilhante a realidade do hospital contemporâneo é o *contraponto ideal* para um determinado paciente ter para o seu estado de dor e angústia. Paradoxalmente, na mesma proporção em que cresce o desenvolvimento tecnológico cresce o desprezo pelas manifestações inerentemente humanas e que evocam a fragilidade da própria condição humana. Fala-se em tecnologias administrativas e empresarias, promovem-se simpósios de administração e arquitetura hospitalares, mas, ao mesmo tempo, cerceia-se toda e qualquer expressão dos sentimentos apresentados pelo paciente; não há mais lugar para o existir humano num contexto onde a tecnologia de ponta desempenha um papel prioritário e soberano. O paciente fica desamparado e isolado em sua dor e como agravante, existe ainda a propagação realizada pelos meios de comunicação sobre determinadas doenças. Nos dias de hoje, grande exemplo dessa citação é a *Aids*.



*Cavallari*<sup>(25)</sup> ensina que estar contaminado pelo HIV não significa estar com a síndrome. O portador do vírus pode permanecer assintomático, sem que haja alterações em seu estado de saúde. A contaminação pelo HIV, porém, é considerada, até o presente momento, irreversível. Embora o diagnóstico HIV positivo não seja condição suficiente para o desenvolvimento da *Aids*, a síndrome tem sido detectada somente em pessoas portadoras do vírus, fato que proporciona a associação direta entre o diagnóstico e a doença<sup>(26)</sup>. Nessa medida, o diagnóstico HIV equivale a uma sentença de morte independentemente de seu estágio e desenvolvimento.

Recorrendo novamente a *Cavallari*<sup>(27)</sup>, encontrar-se-á afirmação de que o sujeito, ao receber o diagnóstico HIV com resultado positivo, *sente-se doente, mesmo sem estar doente*. Esta é uma peculiaridade deste diagnóstico: a informação sobre a presença do HIV é equivalente a um adoecimento em si<sup>(28)</sup>. É como se a doença existisse a partir do conhecimento do diagnóstico e não propriamente pelo surgimento de determinados sintomas. Ou ainda, nas palavras de *Sontag* citada por *Cavallari*<sup>(29)</sup>, onde se acredita que todos os infectados com o vírus mais cedo ou mais tarde contrairão a doença, evidentemente aqueles cujos exames dão resultado positivo passam a ser encarados como *aidéticos*, só que *ainda* não contraíram a doença. É apenas uma questão de tempo, como qualquer condenação à morte. Menos evidente é que, muitas vezes, essas pessoas são encaradas como se *já estivessem* doentes. Cada vez mais, o resultado positivo do exame HIV (que na verdade verifica a presença não do vírus e sim dos anticorpos produzidos em reação a ele) é entendido como sinal de que a pessoa está doente. Daí em diante, estar contaminado *significa* estar doente<sup>(30)</sup>. E por mais paradoxal que possa parecer, qualquer ponteamto arrolando questões meramente emocionais diante de doenças virulentas ainda assim é notório que a repercussão em cada paciente depende proeminentemente de conceituações criadas em seu imaginário.

De outra parte, há casos, até mesmo na ocorrência de cirurgias em princípio simples e sem nenhum risco para o paciente, onde a desestruturação emocional traz consequências e até implicações orgânicas mais complexas. Nesse particular, *Romano*<sup>(31)</sup> ensina que numa situação de crise, como é a doença (principalmente se for crônica, incapacitante ou incurável), várias reações depressivas podem eclodir a partir de fatores pessoais, como, por exemplo, sentimentos de culpa, negação, reestruturação de escala de valores. E a internação ou vindas frequentes ao hospital só tendem a ser mais um fator predisponente para o estabelecimento e fortalecimento de uma configuração depressiva<sup>(32)</sup>. Mesmo que esse aspecto envolvendo condições emocionais presentes no surgimento de uma determinada patologia esteja ganhando um espaço cada vez maior no seio das discussões acadêmicas, a resistência no arcabouço médico é ainda muito grande na aceitação desse enredamento. O avanço propriamente dito dessas reflexões, que implicam num maior alcance inclusive da própria patologia em si, é o sustentáculo de sua abrangência.

Os aspectos que envolvem a história de vida de uma determinada pessoa fazem com que determinados diagnósticos repercutam de maneira específica a partir dessas peculiaridades. *Romano*<sup>(33)</sup> revela ainda que a reação depressiva pode alterar o curso clínico de uma doença e se tornar um forte empecilho para bons resultados no processo de reabilitação, tornando-o moroso ou difícil<sup>(34)</sup>. Há sofrimentos e dores que se originam de maneira bastante diferente das sintomatologias inerentes a determinadas patologias. Apesar de existir toda uma classificação que pode categorizar pacientes de determinadas patologias em certos quadros emocionais – depressão, medo, angústia, etc. – ainda assim, se está diante de reações que implicam na maneira como esses pacientes categorizam a doença, inclusive, a partir de informações sobre a ocorrência desses sintomas em outros pacientes que eram portadores dessas mesmas patologias. Assim, um diagnóstico de câncer, por exemplo, traz em seu bojo não apenas dados inerentes à doença em si, como também, e principalmente, a presença de como a doença atingiu outros tantos pacientes em todos os aspectos de sua vida. E por mais que exista um cuidado na transmissão do diagnóstico, o espectro associado à doença e todas as suas implicações estarão presentes de maneira indissolúvel.

*Rusche*<sup>(35)</sup> esclarece que a representação que cada pessoa tem de si mesma está vinculada à sua imagem corporal. Como a identidade constrói-se a partir de um corpo íntegro e completo, a situação de uma doença ameaça o senso de sentir-se íntegro, constituindo-se em algo que põe em risco a existência dessa pessoa. Quando o corpo se modifica significa modificações na identidade pessoal e, conseqüentemente, são situações que geram conflitos emocionais<sup>(36)</sup>. A representação de uma pessoa é criação do imaginário que elabora uma auto-imagem a partir de como eu me percebo e de como percebo que o outro me percebe. A fusão da minha própria percepção de mim mesmo da maneira como percebo a percepção do outro em relação à construção da auto-imagem é o determinante da conceituação que faço do meu esquema corporal; é o sentimento que nutre a própria conceituação de estima para o significado de algo gratificante ou, ao contrário, deteriorado.

O espectro que o imaginário concebe como inerente a algumas patologias é a própria maneira de configuração até mesmo de sofrimento específico de cada paciente, apresentando, assim, diferentes características diante de uma mesma ocorrência. A *Aids* na realidade contemporânea, é o exemplo maior dessa configuração. *Silva*<sup>(37)</sup> escrevendo sobre a *Aids* como sendo a "doença do outro" aponta que a doença não dá margens a idealizações românticas, como a tuberculose de outrora ou mesmo a sífilis<sup>(38)</sup>. Não há lugar para devaneios que não aqueles que nos remetem a questionamentos sobre as implicações da morte quando do surgimento de determinados diagnósticos por mais distantes que esses questionamentos podem se revestir na ausência desse diagnóstico.



A associação da morte a certas patologias implica ainda numa configuração ainda mais drástica não apenas ao seu surgimento, como também da faticidade que se impõe a determinadas ocorrências. Para *Silva*<sup>(39)</sup> o temor que nos paralisa diante de tal assunto não é apenas o medo do desconhecido, de algo fora do nosso controle (que já representa muito pavor), mas também, ou principalmente, o fato de nos retornar à vida, de encararmos sua finitude e brevidade. Falar da morte, abstrata ou específica, de alguém ou da nossa, é falar do que se está fazendo, do que não se fez, de planos, sonhos, perdas, do tempo que se foi, do que ainda resta; é disso que fugimos e tememos enfrentar<sup>(40)</sup>.

Ao se buscar o significado para as coisas e fatos que nos cercam, estamos indo de encontro, muitas vezes, a explicações que se originam e se fundem apenas no imaginário. Essas explicações não têm como se configurar em aspectos reais não apenas por dependerem da fé dogmática para ganharem configuração como, e sobretudo, pelo fato de serem decorrência de uma necessidade humana de tentar reconhecer significado para a existência. Nessa direção buscamos resignificar conceituações que implicam valores sobre a nossa condição de finitude; valores que dimensionam a vida como algo que perece diante de certa patologia; aspectos nem sempre perceptíveis, mas que sempre se fazem presente.

O imaginário determina a própria maneira como algumas patologias, ao se manifestarem, agem até mesmo em níveis orgânicos; buscar os aspectos que incidem sobre as circunstâncias de reação orgânica diante da ação medicamentosa implica até mesmo nas formas de concepção dimensionadas como conceitos apriorísticos das doenças. Nesse sentido, vamos ao encontro de *Silva*<sup>(41)</sup> que, refletindo sobre os conceitos incidentes sobre a *Aids*, aponta a marca do pecado: é injustamente associada a castigo divino. Ela estigmatiza os sexualmente diferentes como culpados, mas inocenta os hemofílicos, os transfusados, as esposas do bissexual. Divide os doentes em culpados e inocentes e, conseqüentemente, a carga de preconceitos é amenizada para os últimos, tidos como vítimas<sup>(42)</sup>.

Um diagnóstico de câncer, por outro lado, transcende a patologia – suas manifestações, decorrências, efeitos medicamentosos, etc. – para encontrar arcabouço emocional no dimensionamento criado pelo paciente sobre as implicações da doença. O câncer traz em seu bojo inúmeras implicações e contradições que fazem com que o paciente sinta-se mergulhado nessas condições em busca de um real clareamento dos fatores que incidem sobre a sua ocorrência. Na medida em que os estudos fazem o enfeixamento entre as condições emocionais e o surgimento e/ou agravamento de determinadas patologias e ganham uma propulsão cada vez maior, é ainda mais preeminente a observação da maneira como o paciente concebe e até mesmo explica o seu processo de adoecer.

Adoecer implica numa conceituação onde o primeiro aspecto tangível é a ausência de saúde, ou ainda na falta de condições orgânicas para o enfrentamento de manifestações contrárias ao organismo.

Adoecer implica em uma mudança transformista nos aspectos que envolvem até mesmo a mesmice do cotidiano e, em outras circunstâncias, até mesmo a superfluidade das condições de inerência da própria vida. Significa ainda numa sociedade consumista tornar-se que alguém que deixará de produzir e até mesmo de participar das intercorrências sociais. A maneira como o paciente concebe sua inserção social e, por assim dizer, o seu pragmatismo e deliberação frente à sua condição existencial será o marco que mostrará os pontos onde seus conceitos irão interferir e circundar o delineamento de suas condições vitais.

Embora a Medicina se mostre cada vez mais interessada na linearidade das patologias com as condições emocionais do paciente, esses aspectos ainda se apresentam muito tênues no tocante à construção empreitada pelo imaginário. Dessa forma, os pontos convergentes de análise e compreensão de como uma patologia incide e provoca reações em um paciente serão primeiramente conceitos de como o paciente se percebe em sua relação com o mundo e com o outro; a maneira como percebe o olhar do outro sobre si mesmo e como reage a essa interação; o modo como olha o seu próprio ser – incidindo-se nesse aspecto a sua consciência corporal – em sua inserção existencial e a configuração da patologia em sua vida; o dimensionamento imprimindo a sua vida a partir do surgimento da doença e o como lidar com a nova realidade e perspectiva existencial.

Um dos aspectos que aponta a especificidade da ocorrência de diferentes sintomas em diferentes pessoas diante de uma mesma patologia é fator que transcende a ótica de compreensão, que abrange desde os aspectos desses sintomas até mesmo os possíveis efeitos colaterais do tratamento medicamentoso.

Cada vez mais é observável a diferença das reações do paciente, que de modo cristalino indicam, através dessas reações, as diferenças pessoais e a sua configuração na especificidade individual de cada um; é o indício de que uma doença nunca é a mesma para diferentes pacientes; uma doença é única em suas manifestações e igualmente provoca reações singulares em cada paciente; os efeitos de um determinado tratamento, igualmente, terá implicações diferentes em cada paciente independentemente das eventuais reações à prescrição medicamentosa utilizada.

Adoecer traz em si resquícios da própria contemporaneidade vivida no âmago de sua ocorrência. Ainda que os avanços da Medicina sejam notórios nas diversas áreas, a ocorrência de determinadas patologias desafiando seus princípios e fundamentos, muito mais do que revelar o surgimento de novos encadeamentos viróticos, denota que certas ocorrências derivam muito mais de manifestações sociais que se originam nas diversidades individuais construídas em bases sedi-



mentadas pelo imaginário. Assim, por exemplo, seria praticamente impossível falar-se em síndrome do pânico a algumas décadas atrás, da mesma forma que certos quadros de histeria descritos pelos primeiros teóricos praticamente inexistem na realidade. A síndrome do pânico, assim como o tédio existencial – para ficarmos apenas em algumas manifestações estudadas pela psiquiatria contemporânea – igualmente não teriam lugar de ocorrência no raiar do século; são patologias que fazem parte do homem contemporâneo e seu expressionismo está muito mais associado a pressões surgidas na realidade social de nossos dias do que em qualquer outra interferência endógena; ela atinge o homem em níveis organizmicos, é fato, mas tem sua origem em determinantes impostos pelo estilo de vida moderno.

A *Aids* é certamente, dentre todas as patologias contemporâneas, não apenas a mais atual, como também aquela que mais desarvoro provoca tanto nos profissionais da saúde como nos pacientes. A construção de sua estruturação cria no imaginário fontes de sofrimento que transcendem não apenas a doença em si como também a própria condição de vida após a descoberta da soropositividade. *Silva*<sup>(43)</sup> coloca que o tempo que vai do dia que se descobre a soropositividade até a hora de morrer é o resultado de um eterno se auscultar<sup>(44)</sup>.

Adoecer significa estar em contato com a possibilidade da doença; conviver com patologias que até então existiam apenas como meras possibilidades, sem chance efetiva de se tornarem realidade. A *Aids* registra esse espectro de maneira clara e indissolúvel. Tanto ela como o câncer e o conjunto de doenças que a Medicina sucumbe mostram, diante de sua ocorrência, a fragilidade a que a vida humana está exposta, e com o agravante do estigma social. O próprio paciente de *Aids*, ensina *Silva*<sup>(45)</sup>, não aceita a construção social da doença, como a “doença do outro” que é diferente, promíscuo. Essa obstrução lhe fere o seu narcisismo mais do que qualquer dor física; ela é responsável por uma outra epidemia, a do preconceito<sup>(46)</sup>.

Por outro lado, até mesmo o significado da dor confere ao processo de hospitalização e, por assim dizer, do adoecer uma conotação própria. *Szasz*<sup>(47)</sup> aponta que para o médico a dor é sobretudo um problema de doença ou ferimento, que aciona os impulsos nervosos; para o paciente é um problema de desconforto e sofrimento, que provém de uma disfunção do seu corpo e para o teólogo é principalmente um problema de culpa e castigo. Cada uma dessas pessoas, na verdade, volta-se para um objeto diferente: o médico para o corpo do paciente como engrenagem biológica, o paciente para o seu próprio corpo como um bem pessoal e o teólogo para as experiências do indivíduo como agente moral em relação a Deus<sup>(48)</sup>.

*Sartre*<sup>(49)</sup> por outra parte afirma que as relações social e material (entre médico e paciente) são confirmadas na prática com um elo ainda mais íntimo que o ato

sexual, mas tal intimidade só se realiza através de atividades e técnicas precisas e originais envolvendo a ambos. Médico e paciente formam um casal unido por um empreendimento comum<sup>(50)</sup>. Assim, não existe dor de origem emocional para o paciente. Existe sempre a atribuição de suas dores a alguma doença ou disfunção física sem nenhum eixo que não a sua emoção diante dessa percepção.

*Szasz*<sup>(51)</sup> coloca também que se considera a função social primordial do médico o alívio da dor. Via de regra, o médico procura, em primeiro lugar, diagnosticar a doença do paciente, em parte baseado na dor, em parte em outros sintomas e sinais, e, em segundo, controlar a dor tratando da doença que a causa<sup>(52)</sup>. É estabelecido um contrato particular de relacionamento onde as partes envolvidas possuem painéis estanques de performance. Se um paciente com insuficiência do miocárdio queixa-se de dor no braço esquerdo, o médico não amputa a extremidade dolorosa; procura, em vez disso, promover a circulação coronária; pode também ministrar drogas para diminuir a atenção do paciente à dor. As dificuldades do médico em aliviar a dor não interessa aqui; o que interessa são as situações em que a dor não indica uma doença física latente e onde o tratamento não a atenua ou alivia<sup>(53)</sup>.

De outra parte, ao atribuir conotação de emocional ao sofrimento experimentado pelo paciente estamos, ainda que subliminarmente, negando a extensão de seu sofrimento em termos reais. Atribui-se uma causalidade emocional como se a partir dessa concepção a própria dor fosse livre-arbítrio do paciente tanto no sentido de sua instalação como também em seu processo de recuperação. No entanto, o paciente que sofre padece em níveis orgânicos manifestações de desconforto que o simples processo de conscientização de sua origem não tem o poder de promover alívio. Ainda que tais estruturas se enfeixem no imaginário do paciente, numa articulação estrutural de sofrimento e dor, o real tangível não apenas no campo perceptivo, como também em níveis organizmicos são manifestações detectáveis, inclusive, aos instrumentais hospitalares.

Negar a dor do outro é negar a sua própria realidade.

E de maneira constrita, como se pode negar algo que é verdadeiro apenas para quem está sentindo?! E como, de outra parte, se podem afirmar asserções que são meramente estruturadas em hipóteses academicamente teorizadas?! São indagações que não só nos deixam perplexos, como também mostram o cuidado necessário para as especulações teóricas e empreendidas na tentativa de compreensão daquilo que se deliberou arbitrariamente “somatização” do paciente.

Falou-se em somatização sem se dar conta de que muitas vezes nessa globalização deixou-se de perceber uma somatória muito grande de outras intercorrências. Como mera citação, pode-se afirmar do excesso dessa explicação sobre “somatização” quando um paciente apresenta manifestações dérmicas. Existe uma corrente muito grande de teóricos que partindo de pressupostos calcados numa fé



meramente dogmática, se apressa em afirmar que tais manifestações endêmicas são processos através dos quais o paciente "coloca para fora" os seus distúrbios emocionais interiores. Nega-se desde a presença de eventuais bactérias no organismo até outros balizamentos mais complexos de estruturação de determinadas ocorrências endêmica e, o que é pior, muitas vezes se atribui à própria desestruturação emocional a eficácia da ação de eventuais bactérias no organismo. Se é verdadeira a crítica realizada sobre diagnósticos orgânicos que excluem a condição emocional no agravamento das doenças, também o é que não se pode simplesmente atribuir tudo à condição emocional do paciente com o risco de se passar de um extremo para outro e incorrer analogamente em erro semelhante. O excesso de afirmações sem a menor preocupação com a extensão de seu alcance pode estar criando novos simulacros na tentativa de compreensão a partir de manifestações emocionais do paciente.

É fato a necessidade humana de tentar compreender os alicerces onde se estruturam sua vida. Desde os primórdios, o homem empreitou compreender as manifestações da Natureza atribuindo-lhes origem divina, criando diversas entidades deificadas que a partir de sua interação deram contorno ao Universo e ao próprio homem. Com a evolução principalmente das ciências, essas crenças místicas foram dando lugar a outras formas de explicação das intercorrências que, de alguma forma, regulam a existência humana. Ocorre, no entanto, que foram abandonadas apenas algumas formas de explicação mística, substituindo-se por outras explicações que, embora não recorram a figuras divinas, dependem igualmente de uma grande dose de fé dogmática para se tornarem críveis. Assim, como mera citação, tornou-se a coisa mais natural em nosso meio acadêmico ouvir afirmações dos estudos de psicossomática sobre todo o tipo de ocorrência e manifestações orgânicas atribuindo-lhes uma "causa" de origem emocional.

Presenciei recentemente, durante participação numa mesa-redonda, num seminário de psicologia hospitalar, um conceituado estudioso de psicossomática que explicava o simbolismo de diarreia na purificação do processo de culpa dos indivíduos. Era então colocado que a manifestação inicial – líquida e praticamente sem forma fecal – era uma tentativa de o indivíduo buscar a purificação existente no elemento água; e à medida que esse processo de eliminação de culpa fosse ganhando consistência então seu processo de depuração iria dando forma de fezes. De onde havia partido para observar e fazer tais afirmações tampouco era necessário, pois estas são simplesmente dogmáticas e negam todo o processo diarreico em si. A diarreia, como um processo orgânico de eliminação de elementos que fazem mal ao organismo e que ao se putrefarem são eliminados de forma abrupta e intermitente, não era considerada em sua essência. Apenas o processo de purificação emocional era enfatizado como se a verdade dos fatos fosse apenas essa definição. E como o próprio indivíduo pode recorrer à diarreia para se purificar

de alguma eventual culpa também não é arrolado no seio dessas afirmações. Como foi dito anteriormente, parte-se de um extremo onde a condição emocional era totalmente engada na elaboração do diagnóstico e vamos para a outra extremidade onde a condição emocional – ao menos na afirmação desses acadêmicos – supera até mesmo a realidade dos fatos.

Insisto que não estou tentando negar a evidência dos aspectos emocionais na ocorrência de determinadas patologias, apenas coloco sobre a necessidade de se buscar em avaliações criteriosas e que não impliquem necessariamente em fé dogmática para se tornarem críveis. Para Merleau-Ponty<sup>(54)</sup> antes da ciência do corpo – que implica relação com outrem – a experiência de minha carne como ganga de minha percepção ensinou-me que a percepção não nasce em qualquer lugar, mas emerge no recesso de um corpo. Os outros homens que vêm "como nós", que vemos vendo e que nos vemos vendo, apenas nos oferecem uma amplificação do mesmo paradoxo<sup>(55)</sup>. É, por assim dizer, a necessidade do estabelecimento de um relacionamento onde as coisas sejam fatos perceptíveis na realidade que possa ser alcançada em diversos níveis da consciência. Se talvez não tenha para mim sentido algum dizer que minha percepção e a coisa visada por ela estão "em minha cabeça" (a única certeza é que não estão em *outra parte*), não posso deixar de colocar o outro e a percepção que tem *atrás de seu corpo*<sup>(56)</sup>. Isso tudo então ao ser considerado o fato de que vivemos a era da informática em todas as suas manifestações mais extravagantes, tem-se uma configuração de que não apenas tangenciamos a todo momento as extremidades de uma realidade – frágil e tênue – que nos mostra, de maneira bastante precisa, a necessidade de redefinições constantes da própria experiência humana no tocante aos aspectos do processo de adoecer.

Por outro lado, a doença, em sua forma degenerativa, traz uma controvérsia cada vez maior quanto aos aspectos emocionais de sua evolução. E se é real a influência desses aspectos na evolução do quadro de determinadas patologias, é imprescindível um cuidado para que essas definições não possam conspurcar a própria compreensão dos fatos.

É cada vez maior o número de teóricos que afirmam a origem emocional do câncer sem a menor preocupação até mesmo com os próprios fatos da "causa psíquica" do próprio câncer e de outras doenças degenerativas. Não se trata, insistimos nesse aspecto, de negar os avanços dos determinantes emocionais no surgimento e na evolução das doenças, o que se busca apenas é uma compreensão onde não exista a necessidade de negação de determinados aspectos da doença para serem determinados novos enredamentos dos fatos. O câncer especificamente nos últimos tempos tem abarcado sobre si uma preocupação bastante grande dos teóricos de psicologia sobre sua ocorrência, incidência e desdobramentos. E se por



um lado é importante a maneira como essa nova dimensão de compreender permite que o paciente seja abordado de forma mais humana, por outro existe também o aumento de afirmações que negam completamente os avanços e descobertas da oncologia. E ao negarem esses avanços não apenas nos distanciamos da verdadeira compreensão dos fatos, como também trazemos sobre nossa abordagem a perspectiva de críticas cada vez mais cáusticas dos protagonistas dessas descobertas. E se for verdade que a perspectiva da psicologia no hospital ganhou dimensionamento porque uma nova compreensão dos fatores emocionais incidiam sobre o processo de determinados processos de adoecimento, certos psicologismos podem tornar nossas conquistas inócuas diante da total falta de embasamento lógico de suas afirmações.

A título de exemplo, cita-se a colocação de um médico oncologista que, participando de uma mesa-redonda onde se discutiam os aspectos emocionais do câncer, perguntou ao expositor que havia feito uma digressão teórica sobre a origem psíquica do câncer, como seria a proposta de cura e como esse psiquismo seria capaz de provocar tamanho estrago orgânico no paciente. O expositor, então, explicou que a psique, ainda que pudesse provocar o câncer, necessariamente não seria capaz de prover a cura na maioria das vezes; e embora a cura psíquica, ainda segundo esse expositor, dependesse de um processo psicoterápico bastante apurado e eficaz, ainda assim não se teria garantido a tão almejada cura. O oncologista argumentou como seria possível embasar tais afirmações se o surgimento era desconhecido até mesmo em seus aspectos mais formais e aparentes. Argumentos simples e que fizeram com que o expositor caminhasse em círculos afirmando apenas que o surgimento do câncer em níveis psíquicos era uma realidade, e que só não era perceptível em formas reais, levando a discussão para um aspecto meramente dogmático, onde a veracidade de suas afirmações, necessitava de uma fé inquebrantável para ser até mesmo compreendida. E se fosse uma simples questão de fé dogmática, as nossas afirmações, o nosso espaço no hospital e até mesmo em outros contextos certamente seriam divididos com teólogos, o que, por certo, ainda não ocorre.

Aspectos reflexionantes de determinadas teorizações têm de se interromper sobre os aspectos que a precedem antes de toda reflexão. Merleau-Ponty<sup>(57)</sup> irá mostrar se a coisa é isso; para nós, que vivemos entre as coisas, cabe perguntar se verdadeiramente a coisa está implicada, a título originário, no nosso contato com o que quer que seja, se é verdadeiramente através dela que se pode compreender o resto, se a nossa experiência é, por princípio, experiência da coisa<sup>(58)</sup>.

Assim, determinadas afirmações precisam mostrar enfeixamento em sua própria dimensão para que possa ser alcançada pela percepção do outro. Uma afirmação não pode prescindir de polemização para poder ser considerada verda-

deira ou até mesmo pertinente. Polemizar, discutir e até mesmo configurar-se como determinante de inúmeros contrapontos são as premissas básicas para que uma afirmação possa encontrar ressonância em sua vibração. Sua aceitação é detalhe meramente formal. A necessidade maior de escoramento é a sua compreensão em todos os aspectos de seu espreitamento. Não se defende aqui a unanimidade teórica, tampouco a negação do instrumental de trabalho de psicólogos – o enveredar-se pelos caminhos misteriosos da alma humana –, mas sim uma reflexão que possa direcionar nossa performance para aspectos cuja abrangência, aceita ou rejeitada, seja realizada em bases que apresentem sincronicidade com aspectos teóricos pulsionais da existência humana e não apenas com incursões teóricas e que muitas vezes são refletidas e erigidas longe dos próprios fatos.

Uma doença é algo que transcende meramente o arcabouço orgânico, possuindo aspectos que dimensionam conceituação que não podem ser aprisionadas num determinado prisma isolado de outras variáveis. Até mesmo aspectos que transcendem o paciente em si não podem ser desprezados na tentativa de compreensão da doença em si. Aspectos, por exemplo, que envolvem dados de saúde pública, dados sanitários, etc. englobam também os determinantes de ocorrência em termos de incidência de um sem-número de patologias que muitas vezes são consideradas simplesmente ocorrência isolada. Aspectos profiláticos não podem prescindir destes com o risco de se perderem tanto em termos de essência como em termos de abrangência real.

Ribeiro<sup>(59)</sup> aponta que as novas drogas perseguem o agente infeccioso no corpo doente, tentando inibir sua reprodução (bacteiostase) ou destruí-lo (ação bactericida). Não mais é, unicamente, uma tecnologia do corpo social: é sobretudo do corpo individual adoecido<sup>(60)</sup>. Para melhor enfatizar o dimensionamento social na compreensão do orgânico, Ribeiro mostra que essa migração para o interior do corpo e sobre os agentes nocivos dentro dele equivocadamente sugere a superação ou esgotamento dos modelos anteriores de intervenção tecnológica de conteúdo sanitário, profilático, obrigatoriamente coletivos, socialmente distribuídos; reflete, no entanto, uma outra lógica determinada por uma nova etapa do desenvolvimento capitalista<sup>(61)</sup>.

A doença passa por um crivo de abrangência em sua estruturação onde a necessidade de compreensão dos determinantes de sua ocorrência é encontrada na vasta teia de conhecimentos apresentados pela Medicina. E isso agravado por um contexto onde a doença apresenta em seu bojo as circunstâncias das contradições sociais em que se acha envolvida. Ribeiro<sup>(62)</sup> esclarece que a construção, instalação e uso de serviços médicos e hospitalares não são, como se vê, determinados, exclusivamente, por necessidades das populações, mas também por interesses econômicos concretos e, não raro, de corporações e grupos políticos que podem



coincidir, no todo ou em parte, com aquelas. Enquanto atividade econômica, os produtores de medicamentos, equipamentos de material e de serviços médico-hospitalares se comporiam como qualquer outro agente econômico, visando a lucratividade de suas empresas e a multiplicação do seu capital<sup>(63)</sup>.

E num nível de continuidade dessas asserções pode-se afirmar, sem medo de erro, que a própria conceituação das doenças muitas vezes esbarra nos interesses econômicos que, de alguma maneira, se interessam por determinadas conceituações. Assim, quando encontrados laboratórios financiando pesquisas para avaliar o efeito de determinados medicamentos em grupos específicos de pacientes, certamente tem-se que ter como evidentes que os resultados tanto da avaliação do efeito medicamentoso como da própria conceituação da doença serão consoantes com os interesses financeiros que permeiam essa pesquisa. Assim, ao serem englobados na conceituação de uma determinada patologia os aspectos emocionais que podem estar presentes em sua ocorrência, é necessário, antes de qualquer pronunciamento, um conhecimento das condições e interesses presentes nessa conceituação.

Como citação dessas colocações há uma declaração de Dina Sffat, atriz que padeceu e morreu de câncer, que meses antes de sua morte numa entrevista afirmou que os fabricantes de determinadas substâncias e medicamentos comprovadamente cancerígenos devem adorar quando ouvem alguma afirmação de que o câncer é uma doença de origem emocional. E ainda que se evoquem as conquistas da psicossomática, sempre é necessário um aprofundamento de nossas afirmações para que não sejamos meros teóricos incautos escudados em simples e vãs digressões teóricas. O agravamento maior desse conflito ocorre talvez muito mais pela simplicidade e inconseqüência quando afirmamos determinados conceitos do que propriamente pela sua abrangência – despreza-se o conhecimento de outras áreas por desconhecimento e numa total afronta quando os fatos embrenhamos num raio de ação onde o saber de outras áreas já construiu articulações eficazes e até mesmo mais abrangentes.

Esboçar as dúvidas inerentes aos questionamentos sobre o surgimento e a instalação de determinadas patologias é, inicialmente, arvorar-se numa forma de conhecimento onde o saber dos aspectos emocionais direciona a intercorrência dos fatores orgânicos. É, por assim dizer, uma forma de se apresentar diante da dúvida com certeza, que, ao ser questionada, evidencia incertezas ainda maiores que as dúvidas iniciais, com o agravante de que a manifestação corpórea da sintomatologia da patologia ocorre em níveis reais, apresentando sinais evidenciados de concretude. É teorizar sobre a incidência emocional do câncer diante de um corpo totalmente quedado em ferida e dor diante de sua ocorrência; é buscar acoplamento teórico em possíveis manifestações psíquicas e se defrontar com o torpor medica-

mentos provocado pela quimioterapia; é hipotetizar sobre desarvoros emocionais e se deparar com os efeitos aniquiladores de toda dignidade existencial provocado pela quimioterapia – queda de cabelo, vômitos, escaras, etc.; é afirmar do relacionamento existente entre a depressão e o surgimento do câncer e enfrentar o olhar da mastectomizada diante do órgão mutilado; é buscar congruência entre as teorizações do psiquismo humano e encontrar o olhar do doente acuado e assustado diante da morte; é buscar compreensão no irreal do imaginário e desaguar na angústia humana diante da mutilação e da perspectiva do morrer espalhado em dor; é acreditar na abstração arbitrariamente imaginada denominada de psique e tocar apenas as feridas purulentas provocadas pelo câncer; é ter esperança no equilíbrio energético do organismo humano e verificar a desordem estrutural apresentada pela doença e, acima de qualquer outro ponteamto, é perceber o ponteamto da existência num confronto visceral com as perspectivas do morrer; é perceber que as buscas direcionam para outras perspectivas que não aquelas buscadas no frenesi teórico que compreende num terreno onde o imaginário campeia apesar de sua disformidade com os fatos e a realidade.

Busca-se a compreensão dos fatos sem, contudo, ter-se claro em nossa percepção o que de fato se busca; intenta-se uma nova maneira de abordagem ao mesmo tempo em que se esbarra em dificuldades muito além do que é concebido teoricamente; arquejamos novos pilares teóricos mas embasamos nossas crenças naquilo que apenas tocamos tangencialmente em nosso campo perceptivo; tocamos a realidade com a nossa percepção ao mesmo tempo em que nos percebemos como sendo a própria patologia observada e estudada.

Talvez fosse necessário viver a paixão de que fala Kierkegaard para viver a empreitada que afirmamos em nossos escritos sobre a realidade hospitalar; ou então viver a condição humana descrita por Dostoiévski para apreendermos a verdadeira essência do sofrimento existente nos corredores hospitalares; ou, ainda, possuir os atrativos e encantos falados por Balzac para descrever a mulher de trinta anos, para então possuir os atributos necessários para absorver a dor presente nos leitos de enfermarias; ou a doçura mostrada por Tolstói em alguns de seus personagens para entender a crueza da condição humana diante da morte; ou a perspicácia narrada por George Sand em seus livros para alcançar o enfeixamento dos relacionamentos da instituição hospitalar; ou o desprendimento sugerido por Cristo aos seus discípulos para que abandonassem tudo e simplesmente o seguissem, para que, desrevestidos de conceitos apriorísticos, se pudesse esboçar uma nova compreensão do hospital e de suas nuances ou, então a tenacidade de que fala Nietzsche para se buscar a verdadeira transformação do hospital numa instituição humana; ou a riqueza poética de Rilke para se alcançar a própria beleza do apoio psicológico ao desesperado; ou a religiosidade das obras do Aleijadinho, para se enxergar a mística da morte nos olhos do paciente hospitalizado; a irreverência



dos textos de Foucault, para se perceber as contradições entre o vivido e o teorizado; o ateísmo da obra de Sartre, para se ter o ceticismo necessário para o discernimento da verdadeira essência dos fatos.

E se de fato se busca a humanização do hospital, é preciso humanizar nossa própria teorização para não agredir ainda mais o paciente, vitimado já o suficiente por um sem-número de especulações. E o que é pior: muitas vezes, existe uma agressão ainda muito mais intensa com as nossas teorizações na medida em que se despreza a própria realidade dos fatos.

Teorizar é hipotetizar sobre determinados fatos. E ainda que eles fiquem num plano secundário à própria teorização nos aspectos envolvendo a compreensão a partir do imaginário de quadros onde o comprometimento orgânico evidencia muito além do que é apreendido pela percepção, é mister a construção de paradigmas que possam nortear os esboços apresentados. É fundamental mostrar onde se evidenciam as especulações realizadas sobre determinadas patologias e sua inserção na vida do paciente. Um trabalho onde o dimensionamento das teorizações encontre ancoradouro não apenas na simples especulação, mas também, e principalmente, no enredamento dos fatos.

A teoria necessitaria ter a fé do paciente terminal que clama por Deus na hora de sua morte para ser minimamente abrangente e com aspectos de profundidade emocional. Tangenciar a verdade assim como o amante toca a Lua em sua noite de devaneio amoroso. Viver a esperança dos sonhos que trilham o alvorecer de uma nova condição para a humanidade. Experimentar a crueza da dor humana em seus aspectos mais sombrios e emergir com um facho de luz das trevas da incompreensão.

De outra parte, ao se conceber a psicologia como fazendo parte das disciplinas presentes na realidade hospitalar estamos configurando sua capacidade de atuação e estruturação dentro desta realidade. Assim, o instrumental a ser utilizado em sua prática – independentemente da corrente teórica – não pode prescindir de como se analisar as intercorrências promovidas pelo paciente em seu imaginário. Imaginário que ao mesmo tempo que decifra nuances da existência também estará dando condições para uma compreensão dos determinantes da própria hospitalização.

Merleau-Ponty<sup>(64)</sup> mostra que o ser carnal, como ser das profundidades, em várias camadas ou de várias faces, ser de latência e apresentação de certa ausência, é um protótipo do Ser, de que nosso corpo, o sensível sentimento, é uma variante extraordinária, cujo paradoxo constitutivo, porém, já está em todo visível<sup>(65)</sup>. E tentando aprofundar ainda mais seu posicionamento, esclarece que o visível é uma qualidade prenhe de uma textura, a superfície de uma profundidade, corte de um ser maciço, grão ou corpúsculo levado por uma onda do Ser<sup>(66)</sup>. Essa distinção, por assim dizer, das diversas camadas do Ser é a circunstância que norteia a atividade

de desvelamento do imaginário. Não significa, entretanto, teorizar sobre fatos sem o mero estabelecimento direcional do próprio fato com os aspectos que envolvem a teoria.

Voltemos ao caso do câncer para melhor estribar essas afirmações. A tentativa de mostrar os aspectos emocionais que provocam o surgimento da doença não pode ficar restrita apenas ao enfeixamento de teorizações anteriores, onde se direcionam – sempre teoricamente – as implicações da chamada vida psíquica sobre o todo orgânico. E ainda que tais fatos teóricos não evidenciem nada mais do que apenas hipóteses sobre a tentativa de compreensão da doença, uma justaposição desses elementos é imprescindível até mesmo para que a teoria possa ser refutada ou aceita longe dos parâmetros meramente dogmáticos. Não se trata de negar nossos instrumentais e possibilidades, ao contrário, apenas balizá-los de maneira mais efetiva.

Moura<sup>(67)</sup> e colaboradores apontam que sempre fez parte dos nossos objetivos que a psicanálise (e aí podem-se incluir todas as correntes da Psicologia), enquanto articulação necessidade/demanda/desejo do sujeito, não se limitasse ao consultório do psicanalista e às suas instituições<sup>(68)</sup>. E num aprofundamento ainda maior de suas colocações afirma que se espera da psicanálise, também no espaço hospitalar, a força para que o sujeito possa assumir a sua existência humana, isto é, suas alegrias, tristezas, conquistas e perdas<sup>(69)</sup>.

E a conquista do espaço hospitalar desenha-se como uma das muitas maneiras que a Psicologia dispõe para fazer prevalecer seus preceitos de ajuda e compreensão humana; uma maneira própria de dizer coisas que possam amainar a dor daquele que sofre e padece no leito hospitalar; um jeito novo de mostrar o valor da escuta no desmoronamento dos sonhos e ilusões do paciente desiludido; uma sistematização de conceitos que abarcam uma compreensão da existência em toda a sua multiplicidade; uma visão de mundo onde a humanização dos relacionamentos é mostrada não apenas como possível, mas também como efetivação do real.

Adentramos no hospital numa época onde tudo está sendo revisto e os valores que tradicionalmente balizavam a maioria dos relacionamentos estão sendo questionados e muitas vezes até abandonados. Momento em que se assiste toda uma escala de atributos filosóficos, éticos e até mesmo religiosos ser desmontada e não substituída. Instante em que a subjetividade surge como instrumento num contraponto com a mais avançada tecnologia da informática.

Nesse hiato de tempo e espaço, propõe-se a psicologia em sua forma hospitalar para humanizar a dor dos que sofrem – o paciente, o médico na sua dificuldade de relacionamento médico-paciente, a enfermagem, enfim a totalidade da equipe de saúde. E há hospitais que num furor de modernidade muitas vezes possuem até mesmo computadores programados com as principais doenças catalogadas e



categorizadas pela Organização Mundial de Saúde e que, num arrojo de inovação, transformam a consulta médica numa simples consulta aos programas do computador. Assim, basta adequar-se aos sistemas com as categorizações apresentadas que num hiato de segundos o computador estará oferecendo uma receita adequada para a patologia consultada. Da mesma forma que os grandes bancos, cada vez mais fruto de sua modernização em termos de informática, estão prescindindo da figura do bancário, tem-se um pequeno esboço que o computador também poderá reduzir uma consulta médica a uma mera atividade de acesso aos seus terminais. E se for levada em conta que a psicologia em seu processo de escuta traz resquícios da abrangência da consulta do antigo médico da família, onde a doença era diagnosticada muitas vezes através de exames realizados na própria residência do paciente, a questão fica ainda muito mais crucial.

Se tais afirmações podem causar algum assombro e provocar reações imediatas que evoquem razões mostrando o médico e a equipe de saúde como imprescindíveis nas questões que envolvem a consulta médica, basta simplesmente lembrar que quando surgiram os primeiros programas de computador, onde era permitido uma série de intercorrências e interconsultar, muitos autores de informática se apressaram em afirmar que apesar de todos esses avanços o computador não poderia efetivar atividades que dependessem de criatividade e a citação de consenso era a prática do jogo de xadrez. É desnecessário dizer que essas afirmações tornaram-se algo pré-históricas diante dos inúmeros jogos que os modernos programas de computador apresentam, inclusive xadrez. Nesse contexto, surge a psicologia falando da humanização, da necessidade de se escutar a dor do paciente de abranger a totalidade aos relacionamentos pessoais e familiares do paciente, para uma compreensão mais abrangente da patologia que o acomete.

A psicologia a despeito das categorizações e classificações vigentes vem demonstrar que a angústia de um paciente é diferente da de um outro e que, embora até possam apresentar reações orgânicas semelhantes, ainda assim o sofrimento de uma pessoa não tem como ser dimensionado com o de uma outra. A minha depressão jamais será vivida pelo outro; jamais terei como apresentar o nível de sofrimento que a minha depressão me provoca. Ainda que em níveis orgânicos apresente reações semelhantes ao outro, podendo, portanto, tomar o mesmo antidepressivo para alívio dessas reações, a minha depressão será diferente de tudo que foi vivido anteriormente até por mim mesmo. Ao fazer tais constatações, a psicologia está mostrando a necessidade do olhar humano sobre o paciente e do toque humano na realidade hospitalar; a eficácia da escuta diante do desespero provocado pela dor e pelo sofrimento; a escuta num contraponto ao consumo de ansiolíticos e antidepressivos; a ousadia da palavra diante dos programas de informática; a crença na condição humana contra a precisão dos diagnósticos computadorizados.

A Psicologia utiliza-se do imaginário e avança em direção a novos rumos nesse momento onde a precisão da informática abarca tudo na chamada realidade virtual. O imaginário passa a ser não apenas uma das mais importantes escoras da condição humana, como também o ponteamento para que se possa continuar a crer em nossas possibilidades de transformação a despeito dessa realidade que vivemos e insistimos no enfrentamento.

Adoecer e morrer num contraponto e adoecer e viver novamente em plenitude; espreitar a dor numa maneira de tecer os fios que tornaram uma existência esgarçada e reconstruí-la apesar do esgarçamento; viver a humanização de algo onde não existe espaço para tal questionamento – a empresa hospitalar e a doença como objeto de mercantilização; viver buscando no imaginário as condições para que os sonhos possam se tornar realidade a despeito das dificuldades enfrentadas, buscar o segredo d'alma com a mesma impetuosidade que o rio corre para o mar vencendo tormentas, estreitamento de margens e entregando segredos para a serra do caminho. Olhar a condição humana e desvelar as possibilidades de desdobramentos da existência apesar da morte que ronda o leito hospitalar.

Foucault<sup>(70)</sup> de outra parte mostra que assistimos há dez ou quinze anos a uma imensa e proliferante criticabilidade das coisas, das instituições, das práticas, dos discursos; uma espécie de friabilidade geral dos solos, mesmo dos mais familiares, dos mais sólidos, dos mais próximos de nós, de nosso corpo, de nossos gestos cotidianos. Mas junto com esta friabilidade e surpreendente eficácia das críticas descontínuas, particulares e locais, e mesmo devido a elas, se descobre nos fatos algo que de início não estava previsto, aquilo que se poderia chamar de efeito inibidor próprio às teorias totalitárias, globais<sup>(71)</sup>. Assim sendo, toda e qualquer globalização teria efeito inibidor diante da criticidade que pudesse contrapor fatos específicos e que se mostrem distantes de quaisquer possibilidades de generalização. Em níveis emocionais, a idéia de teorias globalizantes fica ainda mais sujeita a toda e qualquer criticidade, inclusive pelo simples deslocamento do local onde eventualmente tenha sido concebida – incluindo-se aí toda a sorte de influências sociais – até elementos como o encadeamento de valores de seu autor. Na medida em que a realidade hospitalar ainda apresenta indícios das contradições sociais, os aspectos teóricos de uma forma geral distam de maneira abismosa quando não consideram tais fatores.

Teorizar a concepção de aspectos que envolvem o surgimento de doenças degenerativas a partir do imaginário implica numa aventura onde nos colocamos de maneira abstrata frente à própria concretude da patologia em si. E ainda que sejam afirmações realizadas a partir da observação de um número específico de pacientes durante um determinado período – a observação de um grupo de pacientes cardiopatas, por exemplo –, ainda assim a mera extrapolação do resultado



dessa observação para a totalidade desse tipo de paciente não pode ser considerada como verdade absoluta nem parcial pela simples dificuldade de se englobar de forma totalitária a infinidade de variáveis que incide sobre a existência humana. Tantos fatores serão relevantes para serem considerados numa determinada análise que simplesmente é impossível qualquer teorização que globalize a existência de maneira totalitária.

E nesse exato momento em que as chamadas pesquisas em Psicologia estão determinando inúmeras formas de desdobramento – psicobiologia, psicoimunoneurologia, psicossíntese, entre outras –, a criticidade quanto à abrangência das teorias globalizantes mais do que nunca é pertinente por exigir não apenas um respeito pelos fatos em si, como também um respeito pelos avanços e conquistas obtidas em outras áreas do conhecimento; e poder buscar um nível de aprimoramento que inclua os pontos de convergência ainda que esses se toquem apenas tangencial e superficialmente; dimensionar os limites de uma afirmação no extremo não apenas de sua abrangência, mas também de sua condição mutante, elemento aberto para verificação e mudança a partir de novos balizamentos.

A própria mudança ocorrida no hospital nas últimas décadas contrasta com o histórico de sua trajetória. Foucault<sup>(72)</sup> aponta que antes do século XVIII o hospital não era uma instituição médica, mas sim uma instituição de assistência aos pobres e o lugar onde estes iam para morrer. Não havia doente a ser curado mas apenas alguns pobres morrendo<sup>(73)</sup>. Essa mudança que vai se configurando ao longo dos tempos desemboca na atualidade com um sem-número de tentativas de explicação tanto dos objetivos da instituição hospitalar, como também do enredamento que determina o surgimento de inúmeras doenças. É nesse contexto de teorizações, implicações e asserções que se impõe a necessidade de criticidade para que não se perca o próprio espaço conquistado na realidade hospitalar.

As teorizações são bastante importantes para o desenvolvimento da própria conquista efetivada no espaço hospitalar. Elas podem inclusive ser o sustentáculo para que a nossa abordagem e a maneira peculiar como analisada a existência humana ganhe configuração precisa no tocante à doença e à dor. Podem ainda determinar o momento mais preciso de intervenção na contextualização da crueza do sofrimento provocado pela hospitalização. O aspecto complicador das teorizações vigentes é a falta de concretude, e em algumas vezes a generalização de determinadas afirmações.

Deleuze<sup>(74)</sup> afirma que o universal não explica nada, ele é o que precisa ser explicado. O Um, o Todo, o Verdadeiro, o Objeto e o Sujeito não são universais, mas sim processos singulares de unificação, totalização, verificação, objetivação, subjetivação, imanentes a um determinado dispositivo<sup>(75)</sup>. A multiplicidade de variáveis presentes na ocorrência de um determinado fenômeno está presente na

necessidade imperiosa das afirmações que direcionam para a relativização das teorias. Teorizar é polemizar com valores estabelecidos, fato que, por si, já determina um aspecto onde o enredamento das afirmações depende inclusive de um ponteamto lúcido com o que está sendo questionado e até mesmo rechaçado.

## CONSIDERAÇÕES COMPLEMENTARES

Mais do que simples e pequenas dúvidas, creio que ao longo desse trabalho embaralhei até mesmo questões que poderiam ter apresentado outras formas de encaminhamento. Lancei fagulhas de dúvidas e de incertezas recorrendo a formas bastante contundentes de criticidade. Revi aspectos teóricos polemizando-os com determinação atirando-o às raízes da incredulidade. Desmoronei conceitos com a mesma dimensão de quem aprecia as ruínas históricas de determinadas cidades; caminhei por trilhas onde não havia a menor preocupação de repor conceitos onde a criticidade teórica deixou apenas vazio e indignação.

O contumaz artesão da palavra tem sempre presente a contundência da criticidade nos esboços daquilo que foi dito através da palavra escrita. Assim também tem detalhamentos do efeito que as críticas possam desencadear e do balizamento que o desmonte teórico provoca naqueles que de alguma forma estribam suas razões nessas teorizações. Mesmo que se esteja longe de ser acolhido na definição de artesãos da palavra, certamente foram feitas críticas por demais contundentes a diversos postulados e teorias.

Abriu-se um grande leque de opção e reflexão para o que foi dito e dimensionado sobre as condições emocionais que incidem sobre o processo de adoecer. Foram desveladas as inúmeras possibilidades presentes na perspectiva de análise e compreensão da realidade do paciente e sua objetivação com a doença. E mais do que respostas, lançou-se um sem-número de dúvidas e divagações até mesmo sobre aspectos dessa compreensão.

Certamente, configurei aspectos amplos de necessidade de um apurmo exato para que a teorização possa ser muito mais do que uma mera e simples digressão sem comprometimento com os fatos em si, comprometimento este que deveria ser a preocupação primeira de todas as afirmações que de alguma maneira circunstanciam os balizamentos teóricos.

A novidade e a criatividade presentes em cada nova teoria deveriam também ter a capacidade de romper com velhos arcabouços na medida em que trazem em si forças transformadoras, embora, em algumas vezes, sem a pertinência suficiente para a efetivação de tal intento. Efetivamente, espriamos muito mais incertezas



e dúvidas do que quaisquer outras formas de compreensão dos processos que envolvem o paciente e sua doença.

Se foram lançadas essas dúvidas para que possam ser refletidas por um sem-números de teóricos que escrevem ou estudam sobre os processos emocionais presentes no adoecer, então, ainda que tangencialmente apenas, foram configuradas evidências dessa maneira de polemizar e discutir fatos e teorias.

Talvez a grande dificuldade e mesmo o grande desafio contemporâneo consista em nossa capacidade de discernir a mera teorização dos aspectos realmente importantes que são revelados por um dado fenômeno. Verificar se atrás de uma dada explicação teórica não se encontra mais uma das inúmeras tentativas humanas de explicar os fatos baseados exclusivamente na sua necessidade humana de tentar apreender e explicar os fenômenos que o cercam.

O homem, desde os primórdios da civilização, traz enraizada em suas necessidades a tentativa de explicação dos fatos e fenômenos que circundam e determinam formas à sua existência. Assim, recorre a todo tipo de abstração teórica e filosófica para tentar dar contornos aos "porquês" de sua existência e sua inserção no mundo. Nesse afã, recorre, na maioria das vezes, às explicações que dependem única e exclusivamente de fé dogmática para se tornarem realidade.

Igualmente, muitas teorizações psicológicas vão ser balizadas nesse mesmo patamar, ou seja, dependem de fé dogmática para poderem simplesmente ser consideradas verdadeiras e abrangentes. Não possuem outra lógica que não a fé dogmática para que possam alcançar a explicação de determinadas ocorrências. E o que é mais grave é que, embora também estando fundamentada em bases dogmáticas, se arvora como absoluta inclusive para explicar a "fé religiosa" das pessoas, para intentarem como verdadeiras e pautadas por uma razão até mesmo definida como lógica. Explicam por meio de afirmativa dogmática outros dogmas sociais. Não percebem que cientistas estão concebendo contornos a uma nova seita mística: a Ciência. Tornaram-se assim sacerdotes e bispos da nova profissão de fé, a fé inquebrantável nas ditas explicações científicas. Conceberam-se conceitos científicos que em sua essência são tão dogmáticos como aqueles proferidos pelos fiéis religiosos. A única diferença é que estamos balizados pelo chamado cunho científico. Basta verificar, apenas como mera ilustração, o desencontro das afirmações científicas naqueles fenômenos em que a ciência apenas tartamudeia as primeiras palavras para verificar o teor e a amplitude dessas afirmações.

Tomemos como exemplo novamente o caso da *Aids*. Houve nos últimos tempos um crescimento muito grande do número de mulheres contaminadas. Ao contrário do período em que os primeiros casos da doença foram registrados, hoje tem-se praticamente uma paridade do número de mulheres contaminadas em relação ao de homens infectados. E ainda assim assistiu-se a uma total controvérsia

entre os cientistas e os representantes das mais respeitadas escolas da vanguarda das pesquisas na área da saúde apresentando-se em público e divergindo sobre as possibilidades de o homem ser contaminado numa escala de probabilidade em relação de como essa probabilidade de contaminação é maior no universo feminino.

Certamente essas afirmações são mera e exclusivamente teóricas, não tendo como ser fundamentadas a não ser na fé de quem a profere. Os números de contaminação feminina e analogamente masculina são tão imensos e absurdamente incontroláveis que até mesmo medidas profiláticas precisam ser balizadas numa abrangência que transcenda o paciente propriamente dito e englobe também condições circunstanciais que possam ir além do universo do discurso dogmático do cientista.

Dessa maneira, poder-se-á inferir que toda e qualquer afirmação dita científica deve ser cautelosa nos determinados aspectos de uma dada ocorrência. E uma simples observação de determinadas teorias e sua evolução ao longo do tempo mostram a necessidade de uma cautela bastante apurada para não se proferirem tais asserções como valores verdadeiros e universais. Seguramente um trabalho que se dispusesse a observar a evolução de alguns axiomas que envolvem a construção de determinadas teorias por certo encontraria tamanha disparidade ao longo de seu percurso que talvez fosse até mesmo muito difícil encontrar a união de pontos convergentes.

Da mesma forma vamos de encontro ao cuidado na observação dos chamados fenômenos psicossomáticos, visto que nesse afã de explicação inerente à condição humana, encontra-se nessa área um campo propício para todo o tipo de divagação teórica e até mesmo filosófica. Insisto que não tenho a menor pretensão de negar os avanços obtidos na área, tampouco trabalhar em sentido contrário a essas descobertas. Apenas levanto a necessidade de que é preciso se ter cuidado com as afirmações para não incorrer em erros semelhantes àqueles que se pretendeu balizar; como ilustração, pode-se citar reportagem apresentada no jornal *Folha de S. Paulo*, de 11 de novembro de 1995. Ali era apresentada matéria onde representantes da Igreja Católica no afã de levar aos fiéis de bairros periféricos de algumas grandes cidades brasileiras terapia alternativa, propunham a ingestão da própria urina. Argumentavam sobre propriedades mágicas contidas na urina que teria elementos capazes de curar doenças como o câncer e até mesmo a *Aids*. A matéria mostrava ainda exemplos de ordem religiosa, que ingeriam até cinco litros diários de urina para o melhor funcionamento do organismo.

Recomendava ainda que as primeiras ingestões fossem feitas misturando-se a urina com mel para que o seu verdadeiro gosto fosse alterado e o "paciente" pudesse se acostumar com a nova terapêutica. E por mais que se possa estar diante



de um caso dantesco de surrealismo que confronta com alguns princípios largamente definidos pela Medicina ao longo de décadas da condição de eliminação de toxinas e depuração de elementos nocivos ao organismo através da urina, ainda assim assistimos estarecidos sua conceituação como sendo inclusive prática incluída no rol das chamadas "terapias alternativas". E o que é pior, trata-se de prática propagada por elementos pertencentes à Igreja Católica, que, revestidos de sua condição pastoral, induzem seus fiéis a práticas que na verdade podem ser definidas simplesmente como ingestão de lixo, e como tal conceituado e apreendido e não mais que isso apesar de todas as explicações que possam vir em sentido contrário. E da mesma forma que não se assistiu a uma prática escatológica ser considerada "terapia alternativa", não se pode deixar de assinalar o fato como sendo uma das inúmeras tentativas de explicação do homem aos fenômenos que o cercam.

Por mais dantesca que possa ser a idéia da associação de uma prática escatológica como sendo terapia alternativa, está-se diante apenas de uma das inúmeras aberrações encontradas atualmente que são englobadas nesse rol. Assim, o chocante da notícia é a sua propagação por elementos que deveriam estar cuidando do bem-estar espiritual da população e não prescrevendo terapêuticas no mínimo discutíveis.

De um lado, ainda que escorada em aspectos meramente experimentais, também se assistiu ao surgimento de diversas asserções que transformam certas doenças em simples manifestações da contemporaneidade independentemente de suas bases bacteriológicas e mesmo orgânicas. Na falta de alguma explicação convincente, apela-se para uma abstração insólita que apesar de nada explicar deixa tanto os autores e os interlocutores satisfeitos com a explicação dada.

Por outro lado, situações que deveriam merecer uma atenção bastante apurada dos investigadores dos fenômenos de saúde mental praticamente são relegadas a alguns poucos profissionais. Como citação, pode-se aludir aos fenômenos do desgaste mental provocado pelas condições de trabalho. A condição presente nos ambientes de trabalho, fruto da correlação de forças sociais da atualidade, estão levando um sem-número de pessoas a uma total desestruturação psíquica a partir dessa configuração.

Silva<sup>(77)</sup>, num estudo bastante aprofundado das situações e condições do ambiente de trabalho, coloca que o estudo das conexões Saúde Mental e Trabalho não é novo. Entretanto, os desenvolvimentos teóricos e metodológicos sobre o tema, bem como a nitidez cada vez maior dos seus significados políticos, econômicos e socioculturais assumem tal intensidade e abrangência que se torna possível falar do surgimento de um novo campo de estudo marcado pela interdisciplinaridade. Neste campo, passam a ser examinados os processos Saúde/Doença vinculados em suas determinações ou desenvolvimentos à vida laboral, através de

uma ótica profundamente distinta das anteriormente adotadas, tanto pelo enriquecimento dos eixos de análise quanto pela fixação de uma perspectiva em que as finalidades das investigações assumem diretrizes éticas.

Isto significa que princípios que ultrapassam a busca da produtividade são adotados na medida em que os estudos se voltam para identificar todos os aspectos "adoecedores", inclusive aqueles que possam estar servindo simultaneamente aos interesses da produção<sup>(78)</sup>. E num momento onde a sociedade assiste estarecida os efeitos do desemprego sobre a população, a reflexão sobre as condições de trabalho e sua incidência na vida das pessoas certamente são condições indispensáveis, inclusive para a compreensão dos inúmeros pacientes que emergem diariamente na rede hospitalar vitimados por problemas mentais e orgânicos derivados de condições adversas de trabalho. É cada vez maior o número de pessoas que está sendo atirada às raias do desespero devido a situações que implicam na adversidade das condições de trabalho. O próprio trabalho de Silva<sup>(79)</sup> traz casos comoventes de pacientes que passaram a portar determinadas psicopatias depois da vivência de determinadas adversidades em situações decorrentes das condições de trabalho. Quando a nossa reflexão sobre a condição emocional e suas implicações sobre a realidade orgânica do paciente adquirem contornos bastante amplos e específicos a reflexão de como condições adversas de trabalho estão levando inúmeros pacientes a toda ordem de distúrbios mentais é determinante dos avanços necessários para um verdadeiro aprofundamento dessas questões. Certamente, ter-se-á mais um instrumento de verificação de condições adversas que, muitas vezes, determinam características específicas de intercorrência no cotidiano desses pacientes. Teremos uma nova ótica de análise que não apenas abarcará as formas da intercorrência social sobre a estrutura emocional, como também estará balizando o aprumo para que certas afirmações incluam essa variável presente e tão forte na vida das pessoas.

Silva<sup>(80)</sup> dentre os depoimentos que ilustra seu trabalho, mostra a própria percepção do doloroso ataque à dignidade. Esse tipo de ataque determinou diferentes representações, dentre as quais ressaltaram aquelas em que os trabalhadores demonstram uma identificação com escravos ou animais. A imagem de escravo associa-se simultaneamente à perda de liberdade e ao sobretrabalho. "Ali, a gente é um verdadeiro escravo – não pode falar nada, tem que agüentar calado mesmo se tiver morrendo de cansado! (ajudante industrial)". A expressão "ser tratado como animal" foi uma das mais utilizadas pelos trabalhadores de indústria de base por Silva, sobre os quais pesava o registro de "ajudante" e estava correlacionada à vivência de desqualificação<sup>(81)</sup>.

A mera citação dessa abordagem envolvendo a correlação de saúde mental e trabalho é apenas um pequeno indício de que as nossas preocupações teóricas correm o risco de perderem a sua verdadeira essência se não considerarem em seu arcabouço fatores tão desestruturantes da organização emocional das pessoas e



que, na maioria das vezes, ficaram distantes do campo dessas teorizações. E nesse caso, em que pese o pequeno número de pesquisadores se comparados numa relação direta com outras áreas, tem-se um contraponto de qualidade teórica de tal maneira abrangente que a deficiência numérica certamente é compensada. E na sequência tem-se o fato de que essa correlação de forças não ocorre em outros campos onde o número de teóricos não apresenta concretude e embasamento filosófico para o avanço das reflexões que poderiam determinar um novo enquadre na formação de um conhecimento mais aprofundado da condição emocional.

Avançamos em questões predominantemente operacionais na mesma medida em que estamos cada vez mais debruçados sobre teorizações vazias e desprovidas de sentido filosófico e até mesmo existenciais.

Foram polimizadas nossas próprias teorizações, sem receio de se deixar um grande vazio e nada acrescentar em contrapartida. Apenas dimensionou-se a necessidade de um constante revisionismo nas questões julgadas conhecidas, para que a produção desse saber não ficasse estancada a aspectos que não permitam a análise de aprofundamento crítico dos aspectos que possam envolvê-los e subjetivá-los.

O arcabouço de muitas teorias é a própria asserção da teoria em si.

Esse aspecto necessita de uma análise contínua para não tornar obsoletos eventuais contrapontos cabíveis até mesmo quando da formulação de tais enunciados.

Escrevemos na apresentação desse livro que continuamos a ser sonhadores. E diante de tudo que foi escrito nesse capítulo onde uma nova ordem de criticidade às teorizações é objetivada, certamente estamos municiando de maneira absoluta todos aqueles que queiram não apenas nos definir como sonhadores, mas também da tentativa de um enquadre e de um paradigma de uma psicologia decididamente humana. Uma psicologia construída por pensadores humanos e que seja destinada à compreensão do homem pelo homem e não mais por devaneios que coloquem o humano a um plano secundário.

E assim é: o importante é que nossa proposta de ação e pensamento seja possível. Não importa que não esteja totalmente efetivada. Importa que seja possível.

#### Referências Bibliográficas

- 1 FERREIRA, G.C.S. – "Crise – O Silêncio da Psicanálise", in *Epistemossomática 2* – Publicação do Departamento de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei – Belo Horizonte, 1992.
- 2 Ibid., op. cit.

- 3 Ibid., op. cit.
- 4 Ibid., op. cit.
- 5 MERLEAU-PONTY, M. – "O Visível e o Invisível", Editora Perspectiva, São Paulo, 1971.
- 6 Ibid., op. cit.
- 7 Ibid., op. cit.
- 8 Ibid., op. cit.
- 9 MOURA, M.D., "O Psicanalista no CTI" in *Epistemossomática I* – Publicação do Departamento de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, 1991.
- 10 Ibid., op. cit.
- 11 Ibid., op. cit.
- 12 Ibid., op. cit.
- 13 RIBEIRO, H.P., "O Hospital: História e Crise", Editora Cortez, São Paulo, 1993.
- 14 Ibid., op. cit.
- 15 "O Visível e o Invisível", op. cit.
- 16 Ibid., op. cit.
- 17 SARTRE, J.P. – "El Ser y La Nada" – Editorial Losada, Buenos Aires, 1981.
- 18 Ibid., op. cit.
- 19 "O Visível e o Invisível", op. cit.
- 20 Ibid., op. cit.
- 21 "O Hospital: Histórias e Crise", op. cit.
- 22 Ibid., op. cit.
- 23 Ibid., op. cit.
- 24 Ibid., op. cit.
- 25 CAVALLARI, C.D., "O Impacto do Diagnóstico HIV Positivo e a Subjetividade", São Paulo, 1995. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica – PUC.
- 26 Ibid., op. cit.
- 27 Ibid., op. cit.
- 28 Ibid., op. cit.
- 29 Ibid., op. cit.
- 30 Ibid., op. cit.
- 31 ROMANO, B.W. – "Síndrome Depressiva e sua Relação com a Cirurgia Cardíaca" in "A Prática da Psicologia nos Hospitais", Romano, B. W. org, Editora Pioneira, São Paulo, 1994.
- 32 Ibid., op. cit.
- 33 Ibid., op. cit.
- 34 RUSCHEL, P.P. – "Quando o coração Adoece" in "A Prática da Psicologia nos Hospitais", op. cit.
- 35 Ibid., op. cit.
- 36 SILVA, G.S.N. – "AIDS, No Encontro do Gozo com a Morte: A Doença do Outro – Monografia de Especialista em Antropologia pela Universidade Regional do Rio Grande do Norte, Natal, 1994.



- 37 Ibid., op. cit.
- 38 Ibid., op. cit.
- 39 Ibid., op. cit.
- 40 Ibid., op. cit.
- 41 Ibid., op. cit.
- 42 Ibid., op. cit.
- 43 Ibid., op. cit.44.
- 44 Ibid., op. cit.
- 45 Ibid., op. cit.46.
- 46 SZASS, T.S. – "Dor e Prazer", Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1976.
- 47 Ibid., op. cit.
- 48 SARTRE, J.P. – "Sketch for a Theory of the Emotions", Editora Methuen, Londres, 1962.
- 49 Ibid., op. cit.
- 50 "Dor e Prazer", op. cit.
- 51 Ibid., op. cit.
- 52 Ibid., op. cit.
- 53 "O Visível e o Invisível", op. cit.
- 54 Ibid., op. cit.
- 55 Ibid., op. cit.
- 56 "O Visível e o Invisível", op. cit.
- 57 Ibid., op. cit.
- 58 "O Hospital, História e Crise", op. cit.
- 59 Ibid., op. cit.
- 60 Ibid., op. cit.
- 61 Ibid., op. cit.
- 62 Ibid., op. cit.
- 63 "O Visível e o Invisível", op. cit.
- 64 Ibid., op. cit.
- 65 Ibid., op. cit.
- 66 MOURA, M.D.; MOHALLEM, L.N.; FARIA, S.M. – "O Psicanalista no CTI" in "A Prática de Psicologia nos Hospitais", op. cit.
- 67 Ibid., op. cit.
- 68 Ibid., op. cit.
- 69 FOUCAULT, M. – "Microfísica do Poder", Editora Graal, Rio de Janeiro, 1979.
- 70 Ibid., op. cit.
- 71 Ibid., op. cit.
- 72 Ibid., op. cit.
- 73 Essas citações de Gilles Deleuze foram extraídas do texto "Deleuze – O Que é um Dispositivo", publicação do Centro de Filosofia do Instituto Sedes Sapientiae, numa tradução de textos organizadas por Laura F. Almeida Sampaio.

- 74 Ibid., op. cit.
- 75 Nos instantes em que terminávamos esse trabalho, fomos surpreendidos com a notícia do falecimento de Deleuze através de suicídio. Não mais suportando os sofrimentos advindos de problemas de insuficiência respiratória, Deleuze – um dos principais pensadores desse século – atirou-se da janela de seu apartamento em Paris. Nossa singela homenagem à sua grandiosidade filosófica e à sua contribuição para o pensamento contemporâneo.
- 76 SILVA, E.S. – "Desgaste Mental no Trabalho Dominado", Editora Cortez, São Paulo, 1994.
- 77 Ibid., op. cit.
- 78 Ibid., op. cit.
- 79 Ibid., op. cit.
- 80 Ibid., op. cit.